



The World's Largest Open Access Agricultural & Applied Economics Digital Library

This document is discoverable and free to researchers across the globe due to the work of AgEcon Search.

Help ensure our sustainability.

Give to AgEcon Search

AgEcon Search
<http://ageconsearch.umn.edu>
aesearch@umn.edu

Papers downloaded from **AgEcon Search** may be used for non-commercial purposes and personal study only. No other use, including posting to another Internet site, is permitted without permission from the copyright owner (not AgEcon Search), or as allowed under the provisions of Fair Use, U.S. Copyright Act, Title 17 U.S.C.

No endorsement of AgEcon Search or its fundraising activities by the author(s) of the following work or their employer(s) is intended or implied.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN VENEZUELA: UN VOLCÁN EN ERUPCIÓN

Landaeta-Jiménez, Maritza¹
Herrera Cuenca, Marianella²
Sifontes, Yaritza³
López de Blanco, Mercedes⁴

Recibido: 15/06/2020 Revisado: 25/11/2020 Aceptado: 26/11/2020

RESUMEN

La alimentación y nutrición es un fenómeno complejo, dado que en su origen confluyen diversos factores. En el artículo se describe la evolución de la situación alimentaria y nutricional de Venezuela y la escalada de deterioro que ha venido ocurriendo en los últimos años. Se inicia con un recuento histórico de lo que ha sido el contexto sociodemográfico venezolano en la última mitad del siglo XX y los retos de la época y se analiza el cambio de paradigmas en el ámbito nutricional y alimentario que ha desembocado en la actual crisis de inseguridad alimentaria, que afecta a 9,3 millones de venezolanos. La pérdida de la gobernanza y de la institucionalidad en la cual se ve inmerso el país ha tenido un

¹ Médico (Universidad Central de Venezuela-UCV, Caracas); M.Sc. en Planificación Alimentaria y Nutricional (UCV); Curso Medio Salud Pública (UCV, Venezuela) y en Gerencia Social (Instituto de Estudios Superiores en Administración-IESA, Venezuela). Directivo e investigador de la Fundación Bengoa para la Alimentación (Caracas, Venezuela); Miembro Correspondiente de la Sociedad de Puericultura y Pediatría; Presidente del Capítulo Venezolano de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición; Editora de Archivos Latinoamericanos de Nutrición y de Anales Venezolanos de Nutrición. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-2649-2459>. Dirección postal: Fundación Bengoa. Av. Francisco de Miranda, Centro Seguros La Paz, Piso 4, Lado Este, Oficina E41-C. Municipio Sucre. Caracas. Venezuela. Teléfonos: +58 (0)212 2386144; +58 (0)212 2386464; +58 (0)212 3395176; e-mail: mlandaetajimenez@gmail.com

² Médico (Universidad Central de Venezuela-UCV, Caracas); M.Sc. en Nutrición y Doctor en Nutrición (Universidad Simón Bolívar-USB, Venezuela). Profesora Agregado e Investigadora del Centro de Estudios del Desarrollo-CENDES de la Universidad Central de Venezuela); Directivo de la Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición, Presidente del Observatorio Venezolano de la Salud. ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-0162-3480>. Dirección postal: CENDES. Av. Neverí C/C Cabriales, Edificio Fundavac. Colinas de Bello Monte, Caracas. Apartado Postal 47604. Caracas, 1040, Venezuela. Teléfono: +58 212 7533686; e-mail: manyma@gmail.com

³ Nutricionista Dietista (Universidad Central de Venezuela-UCV, Caracas); M.Sc. en Nutrición (Universidad Simón Bolívar-USB, Venezuela); Curso Medio Salud Pública en Administración Sanitaria (UCV, Venezuela); Diplomado en Formación Integral para el Docente (Aletheia-UCV, Venezuela); Programa: Liderazgo latinoamericano de Nutrición (LILANUT- SLAN; Guatemala). Profesor Instructor de la UCV; Directivo e investigador Fundación Bengoa para la Alimentación y Nutrición (Venezuela); Editor Asociado de la Revista Archivos Latinoamericanos de Nutrición-ALAN. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9291-2933>. Dirección postal: Fundación Bengoa. Av. Francisco de Miranda, Centro Seguros La Paz, Piso 4, Lado Este, Oficina E41-C. Municipio Sucre. Caracas. Venezuela. Teléfonos: +58 (0)212 2386144; +58 (0)212 2386464; +58 (0)212 3395176; e-mail: yaritza.sifontesv@gmail.com

⁴ Médico Cirujano (Universidad Central de Venezuela-UCV, Caracas); Pediatra (Universidad de Londres- Reino Unido); Doctor en Ciencias Médicas (La Universidad del Zulia-LUZ, Venezuela). Profesor Titular jubilado de la Universidad Simón Bolívar-USB; Miembro del Consejo Directivo de la Fundación Bengoa (Presidente); Coordinador-Fundador del Grupo Transición Alimentaria y Nutricional (Co-coordinador de la Línea de Investigación Orígenes del Desarrollo en la Salud y la Enfermedad-ODSE); Miembro de Comité Asesor del Centro de Atención Nutricional Infantil Antímano-CANIA (Caracas, Venezuela); Miembro del Comité Ejecutivo de la Sociedad Internacional para el Estudio del Crecimiento Humano y Auxología Clínica-ISGA; Coordinador del Grupo de Estudio Latinoamericano sobre Crecimiento y Desarrollo Infantil (GLACDI). Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina (Venezuela). ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3214-6138>. Dirección postal: Fundación Bengoa. Av. Francisco de Miranda, Centro Seguros La Paz, Piso 4, Lado Este, Oficina E41-C. Municipio Sucre. Caracas. Venezuela. Teléfonos: +58 (0)212 2386144; +58 (0)212 2386464; +58 (0)212 3395176; e-mail: yhecheta75@gmail.com

impacto en la forma como se han diseñado e implementado las políticas públicas destinadas a intervenir alimentaria y nutricionalmente a la población. Su magnitud es tal que la única red de distribución de alimentos existente no cubre las necesidades alimentarias y nutricionales de los individuos más vulnerables, cuya calidad de vida se ha deteriorado en medio de una crisis de servicios públicos y de hiperinflación que han tenido un efecto deletéreo en las mujeres embarazadas, lactantes, en sus hijos menores de 5 años y en los adultos mayores que conforman las poblaciones más desasistidas. Se presentan también las evaluaciones nutricionales antropométricas realizadas en los últimos años por la Fundación Bengoa y otras organizaciones aliadas. Finalmente, por cuanto romper el impacto negativo y la severidad de los factores analizados sobre las dimensiones de la seguridad alimentaria (acceso, disponibilidad, bioutilización y estabilidad) requiere implementar políticas articuladas que aseguren el vulnerado derecho a la salud y la alimentación, al tiempo que incorporen a los distintos sectores responsables de garantizar la alimentación, la seguridad alimentaria y la salud de la población, se sugieren algunas políticas públicas fundamentadas en evidencias de las investigaciones científicas exitosas; pero, más importantes aun, basadas en las necesidades locales y ajustadas a su contexto.

Palabras clave: calidad de vida, crisis de inseguridad alimentaria, Venezuela, políticas públicas, Orígenes del Desarrollo de la Salud y la Enfermedad, ODSE

ABSTRACT

Food and nutrition is a complex phenomenon, since it is caused by several factors. This article aimed to describe the evolution of the food and nutritional situation in Venezuela and the escalating deterioration that has been occurring in recent years. It starts with a historical account of what the Venezuelan sociodemographic context has been in the last half of the 20th century and the challenges at the time, as well as the analysis of the paradigm shift in the nutritional and food field that has led to the current crisis of food insecurity, which affects 9.3 million Venezuelans. The loss of governance and institutionalism in which the country is immersed, has had an impact on the way in which public policies were designed and implemented to intervene food and nutrition status of the population. The only existing food distribution network does not cover the nutritional needs of the most vulnerable individuals, whose quality of life has deteriorated amid a crisis of public services and hyperinflation that have had a deleterious effect on pregnant and lactating women, in their children under 5 years of age and in the elderly who make up the most neglected populations. A summary of anthropometric nutritional evaluations carried out in recent years by Fundacion Bengoa and other partner organizations is also presented. Finally, due to breaking the negative impact and severity of the factors analyzed on the dimensions of food security (access, availability, bioutilization and stability) requires the implementation of articulated policies that ensure the violated right to health and food, while incorporating the various sectors responsible for ensuring food, food security and health of the population, some public policies are suggested based on evidence of successful scientific research; but, more importantly, based on local needs and adjusted to their context.

Key words: quality of life, food insecurity crisis, Venezuela, public policies, Developmental Origins of Health and Disease, DOHaD

RÉSUMÉ

L'alimentation et la nutrition sont un phénomène complexe, étant donné que plusieurs facteurs convergent dans leur origine. L'évolution de la situation alimentaire et nutritionnelle au Venezuela et l'escalade de la détérioration qui c'est produite ces dernières années sont décrites. Ça commence par un rendu historique de ce que le contexte sociodémographique vénézuélien a été dans la dernière moitié du 20e siècle et défis de l'époque, et le changement de paradigme dans le domaine nutritionnel et alimentaire qui a conduit à la crise d'insécurité alimentaire actuelle, qui touche 9,3 millions de Vénézuéliens. La perte de gouvernance et d'institutionnalité dans laquelle le pays est plongé a eu un impact sur la manière dont les politiques publiques conçues pour intervenir dans l'alimentation et la nutrition de la population ont été comprises et mises en pratique, de telle sorte que le réseau de distribution alimentaire existant ne couvre pas les besoins alimentaires et nutritionnels des personnes les plus vulnérables, dont la qualité de vie s'est détériorée dans un contexte de crise des services publics et d'hyperinflation qui ont eu un effet délétère sur les femmes enceintes et allaitantes, chez leurs enfants de moins de 5 ans et chez les personnes âgées qui composent les populations les plus négligées. Un résumé des évaluations nutritionnelles anthropométriques

réalisées ces dernières années par la Fundación Bengoa et d'autres organisations partenaires est également présenté des suggestions sont faites pour des politiques publiques basées an recherches scientifiques réussies, et plus important encore, en fonction des besoins et du contexte locaux. Enfin, en raison de la rupture de l'impact négatif et de la gravité des facteurs analysés sur les dimensions de la sécurité alimentaire (accès, disponibilité, bioutilisation et stabilité) nécessite la mise en ſuivre de politiques articulées qui assurent le droit violé à la santé et à l'alimentation, tout en intégrant les différents secteurs chargés de garantir l'alimentation, la sécurité alimentaire et la santé de la population, certaines politiques publiques sont proposées sur la base de preuves de recherches scientifiques réussies ; mais, plus important encore, sur la base des besoins locaux et adaptées à leur contexte.

Mots-clés : qualité de vie, Crise d'insécurité alimentaire, Venezuela, politiques publiques, Origines du Développement de la Santé et de la Maladie, ODSM

RESUMO

A alimentação e a nutrição são um fenômeno complexo diante do fato de que a origem de ambos decorre da influência de diversos fatores. Neste artigo se descreve a evolução da situação alimentar e nutricional de Venezuela, bem como a escalada de deterioro que se impõe nos últimos anos. O trabalho inicia com um recorrido histórico acerca do contexto sociodemográfico venezuelano na segunda metade do século XX e dos desafios acerca desse período. Analisa também a mudança de paradigma no âmbito nutricional e alimentar que ensejou a crise de insegurança alimentar que atualmente afeta a 9,3 milhões de venezuelanos. A perda da capacidade institucional e de governança na qual se vê imerso este país teve um impacto na forma em que são desenhadas e implementadas as políticas de intervenção do ponto de vista alimentar e nutricional. A magnitude desse fenômeno é tal que a única rede de distribuição de alimentos existente não atende as necessidades dos indivíduos mais vulneráveis, cuja qualidade de vida experimenta um deterioro em meio a uma crise de serviços públicos e de hiperinflação que impacta sobre mulheres grávidas e lactantes, assim como sobre menores de 5 anos e em adultos maiores que integram as populações mais desassistidas. O estudo agrega ainda as avaliações nutricionais antropométricas realizadas nos últimos anos pela Fundação Bengoa e outras organizações parceiras. O artigo aponta para a necessidade de enfrentar os impactos negativos e a profundidade que os fatores analisados exercem sobre as dimensões que conformam a ideia de segurança alimentar (acesso, disponibilidade, bioutilização e estabilidade). Isso implica implantar políticas articuladas que assegurem o direito à saúde e à alimentação, bem como a ação articulada dos distintos setores responsáveis por garantir a alimentação, a segurança alimentar e a saúde da população. Para tanto se propõe políticas públicas fundadas em evidências de pesquisas científicas que lograram êxito e que foram concebidas a partir das necessidades locais e ajustadas aos respectivos contextos.

Palavras-chaves: qualidade de vida, crise de insegurança alimentar, Venezuela, políticas públicas, Origens do Desenvolvimento da Saúde e de Enfermidades, ODSE

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años la situación alimentaria y nutricional venezolana presenta un cuadro complejo caracterizado por grandes limitaciones en el acceso y la disponibilidad de los alimentos. Ello ha ocasionado un deterioro tanto en la calidad de la dieta como en la cantidad de los alimentos, cuyas consecuencias conforman un panorama epidemiológico nutricional de amplio espectro donde coexisten formas severas edematosas (Kwashiorkor) y marasmáticas, deficiencia de minerales y de vitaminas y

desnutridos crónicos, sobrevivientes con secuelas que causan retraso en el crecimiento físico y en algunos parámetros funcionales. La malnutrición en todas sus formas transversa a niños, adolescentes, embarazadas, adultos y adultos mayores, con una singularidad distinta a la de épocas pasadas, debido a que no solo afecta a los más pobres sino que también arropa a una clase media cada vez más empobrecida (Landaeta-Jiménez, Herrera-Cuenca y Sifontes, 2018b).

La alimentación y nutrición es un fenómeno complejo debido a que en su origen

confluyen diversos factores. Durante la primera mitad del siglo XX la epidemiología de los grandes síndromes clínicos y de las avitaminosis copaban la esfera de la salud (Bernabeu-Mestre, 2010). En esa época, la mortalidad infantil llegó en Venezuela a 121 por mil nacidos vivos y las principales causas de muerte eran el paludismo, la gastroenteritis y la tuberculosis, destacando la presencia en los dispensarios de niños hinchados, que presentaban lesiones en la piel, cabello descolorido y mirada triste, un verdadero reproche a la humanidad (Fundación Cavendes, 1998). En 1938,

(...) sólo tres años después de que Cecily Williams describiera en Ghana el Kwashiorkor, Pastor Oropeza y Carlos Castillo señalaron... los casos son extremadamente frecuentes en nuestro medio, sobre todo en el interior venezolano. Llama la atención la gran anasarca que se va extendiendo por el tronco y extremidades. Los niños tienen una alimentación de caldo de caraotas, arroz y pan y no toman leche ni carne son niños hipocalorícos... con carencia vitamínica, con carencia de grasa, con una ración proteínica sumamente escasa y reciben una cantidad exagerada de hidratos de carbono es una acción de carencia combinada (Landaeta, López, Sifontes y Machado, 2000 p. 244).

Este lamentable episodio que forma parte de la historia nutricional -y que se creyó superado- aparece en pleno siglo XXI, en los niños venezolanos que ingresan en los hospitales con cuadros de desnutrición aguda severa (peso muy bajo para la talla). Son víctimas silenciosas de la injusticia social que se ha volcado sobre miles de familias, agravando los desafíos por la subsistencia (Landaeta-Jiménez *et al.*, 2018b).

Durante el desarrollo de los seres humanos existen períodos críticos, siendo el más vulnerable el que corresponde a la época prenatal y posnatal temprana, que abarca los primeros 1.000 días de vida. Durante esta etapa una alimentación insuficiente o desequilibrada puede producir importantes alteraciones en el crecimiento y desarrollo físico y psiconeurologico del recién nacido y lactante. Esta agresión en etapas tempranas - a largo plazo- se expresaría en la vida adulta

con la presencia de enfermedades crónicas, tales como las enfermedades cardiométrabólicas, que son la primera causa de muerte en el mundo entero. Esto se conoce como «programación metabólica», base sobre la que se promovieron el Proyecto de Nutrición Temprana (*The Early Nutrition Project*) y el proyecto internacional denominado Orígenes del Desarrollo de la Salud y la Enfermedad-ODSE (cuyas siglas en inglés corresponden a DOHaD, *Developmental Origins of Health and Disease*) (Barker, 2007; Koletzko, Brands, Poston, Godfrey y Demmelmair, 2012; López, Machado, López y Herrera-Cuenca, 2014; Herrera-Cuenca, Sifontes y Landaeta-Jiménez, 2019).

Por esta razón se le ha dado tanta importancia a la nutrición y al cuidado en los primeros 1.000 días de la vida -desde el momento de la concepción hasta el final del segundo año-, periodo en el que resultan claves las prioridades que se establezcan en cuanto a: la alimentación de la mujer en edad fértil, la alimentación y el control de la embarazada, la adecuada alimentación del lactante-lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad - y, en forma ideal, prolongada mientras se introducen alimentos variados en forma progresiva hasta los dos años- (Paajanen, Oksala, Kuukasjarvi y Karhunen, 2010; López *et al.*, 2014; Herrera-Cuenca *et al.*, 2019).

En este contexto se justifica la preocupación por los factores que actúan como determinantes sociales de la salud, en la programación fetal y en el producto de la concepción en el corto, mediano y largo plazo, que ponen en juego tanto el capital humano como el futuro del país. Alarman entonces la alta tasa de embarazos en adolescentes, el aumento de la mortalidad materna, la baja e irregular cobertura del control prenatal particularmente en los estratos de menores recursos, además de la insuficiente y desequilibrada alimentación y nutrición en las embarazadas y mujeres lactantes (López, Landaeta-Jiménez y Macías, 2013).

La desnutrición materna e infantil resulta en aumentos sustanciales de la mortalidad y la carga general de la enfermedad. Se estima que el retraso del crecimiento, la emaciación severa y la restricción del crecimiento

intrauterino juntos fueron responsables de 2,2 millones de muertes y del 21% de los años de vida ajustados por discapacidad para niños menores de 5 años globalmente. Así mismo, los factores relacionados con la nutrición fueron responsables de aproximadamente el 35% de las muertes infantiles y el 11% de la carga total de enfermedades a nivel mundial (Black *et al.*, 2018).

En el caso particular de Venezuela, la involución en términos de salud pública en la última década y la corresponsabilidad del Estado han sido motivo de preocupación en el ámbito internacional. De hecho, The Lancet (2018, p. 1331), al final de su editorial expresa que «Es tiempo de terminar el abuso de poder por parte del gobierno venezolano, y que se tomen medidas inmediatas para abordar el alto costo en el bienestar de los venezolanos». Frente a esta delicada situación es meritaria la labor de investigadores, instituciones y organizaciones sociales que no han dejado de alzar su voz ante las huellas que el hambre y la desnutrición crónica -*e.g.*, el retraso en el crecimiento- van dejando en la población del país. El presente artículo describe la evolución de la situación alimentaria y nutricional de Venezuela y su deterioro durante los últimos años, junto con las evaluaciones nutricionales antropométricas de la población infantil, para finalmente formular algunas propuestas de políticas públicas orientadas a paliar y revertir dicha situación, basadas en un enfoque integral e incorporando a los distintos actores responsables de garantizar la alimentación, la seguridad alimentaria y la salud a la población del país.

2. DE DÓNDE VENIMOS... DÓNDE ESTAMOS

La población venezolana se conforma del mestizaje de amerindios, europeos y africanos que se inicia en el siglo XVI. La industrialización y los cambios socioeconómicos aparecieron relativamente tarde, a partir de 1935, considerado como un momento decisivo. La población creció de menos de 4 millones de habitantes en la década de 1930 a más de 23 millones en el año 2000. Este crecimiento de la población se produjo como consecuencia de una disminución en la mortalidad general de

27,1 por mil en 1935 a 4,6 por mil en el 2000 y, a una tasa de natalidad que, si bien ha venido disminuyendo, aún permanece alta en 23,9 por mil (Méndez-Castellano, 1995; López, 2018).

Venezuela tiene una estructura de la población típica de una sociedad en desarrollo, en donde 45,8% de sus habitantes son menores de 18 años y 10,8% tienen más de 50 años, la urbanización intensa produjo una reducción de la población rural de 65% a principios de los años treinta a 12% en el año 2000. La esperanza de vida al nacer aumentó desde 38 años en 1935 a 73 años en el año 2000. En 1935 las causas de muerte en el 40% de los casos se debían a factores ambientales, entre ellas se encontraban la malaria, la tuberculosis y la diarrea. A medida que disminuían estas causas, surgieron las enfermedades crónicas no transmisibles, cardiovasculares, cáncer y diabetes, que son actualmente las principales causas de muerte en el país (López, 2018).

Estos cambios se dieron en una sociedad que progresivamente profundizaba las diferencias sociales. Entre 1982 y 2002 cambió la estructura social: el estrato social con mejores condiciones sociales (Graffar I+II) pasó de 5,5% a 8,2%; por su parte, el estrato medio (Graffar III) pasó de 14,1% a 11,9%, mientras que la pobreza relativa (Graffar IV) 42,4% a 39,2% y la pobreza crítica (Graffar V) de 38% a 40,7% (Méndez-Castellano, 1995; Fundacredesa, 2001).

A pesar de las brechas sociales, hubo avances considerables, como los ya mencionados. Sin embargo, en los últimos años los avances en cuanto a la mortalidad materna se han visto revertidos. El incremento sostenido en la tasa de mortalidad materna refleja el deterioro de la prestación de servicios en salud prenatal, de un país que había alcanzado niveles adecuados de atención institucional al parto. La razón de mortalidad varió desde 59,3 muertes por 100.000 nacidos vivos en 1999, a 63,4 en 2008 y a 121 en 2018. Entre las principales causas de muertes maternas están sepsis, hemorragias e hipertensión durante el embarazo, con el agravante de que 23% de los embarazos ocurren en madres adolescentes (INE, 2002; SISOV, 2012). A esto se suma la inadecuada nutrición de las madres, observada en los trabajos de campo realizados últimamente.

En la última década la población venezolana creció hasta 28 millones de habitantes (CELADE, 2019), cifra que se sitúa por debajo de la proyección de población del INE de 32 millones, debido a la alta migración de venezolanos; esta última se estima en 4,8 millones (ACNUR, 2020). La tasa bruta de natalidad fue de 18/1.000 y la estructura de la población en esta década se modifica debido al incremento del grupo de 65 años y más, desde 4,5% en el 2000 a 8% en 2020. Por su parte, la tasa global de fecundidad bajó a 2,28 y el porcentaje de mujeres en edad fértil se redujo a 48,9%. La esperanza de vida al nacer disminuyó a 72,1 años y la mortalidad general subió a 7/1.000. Vale destacar que este último indicador está afectado por la variación en la distribución de los grupos de población, pues aun cuando la fertilidad ha disminuido, la población continúa envejeciendo (CELADE, 2019).

Por otra parte, según el reporte de CELADE (2019) la tasa de mortalidad infantil en el país se incrementa a 25,7/1.000, mientras que García, Correa y Rousset (2019) la ubica en 21,1/1.000 en el año 2016. Estos últimos investigadores concluyen que Venezuela es el único país en Suramérica donde la tasa de mortalidad infantil aumentó a niveles de la década de 1990, lo que atribuyen a que el país ha revertido los importantes avances en la atención de los niños, que habían disminuido las muertes infantiles desde la década de 1950.

Es así como Venezuela -que en el pasado exhibió logros relevantes en salud- ahora muestra causas de muerte semejantes a las reportadas en países pobres, con una mayor mortalidad infantil por enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, sarampión, malaria y malnutrición severa, que constitúan las principales patologías del siglo anterior. El aumento de la mortalidad infantil refleja el colapso del sistema de salud, incapaz de garantizar la atención mínima necesaria para preservar y restituir la salud en medio de una compleja crisis humanitaria que como refieren distintas investigaciones también afecta el propio sistema sanitario (The Lancet, 2018; Encuesta Nacional de Hospitales, 2019).

En paralelo a esto la sociedad venezolana se ha enfrentado paulatinamente a un proceso de desempoderamiento (Haussman; en Bravo,

2020), donde el cambio de gobernanza y desinstitucionalización han sido cruciales en cómo el venezolano de hoy en día debe construir su alterada cotidianidad para poder sobrevivir en medio de esta difícil coyuntura. Por estas razones, en todos los ámbitos de la sociedad puede percibirse un gran deterioro, así como un cambio en los valores que como sociedad han marcado esta etapa de destrucción y miseria y han repercutido negativamente en todos los niveles del bienestar social (ídem).

3. CUANDO LOS ALIMENTOS SON ESCASOS PARA LOS QUE SEGUIMOS AQUÍ

Los indicadores sociodemográficos proyectados para Venezuela en 2020 -y especialmente los del último quinquenio- reflejan los cambios demográficos experimentados en la población venezolana que aún permanece en el territorio nacional y que debe enfrentar los diferentes desafíos. Actualmente se estima que la población es de 28.436.000 habitantes, cuya distribución es la siguiente: i) entre 0-14 años, 27,35%; ii) entre 15-64 años, 64,8%; y, iii) con 65 años y más, 7,85%. En este momento se destaca el incremento de la población de adultos mayores, en una sociedad que tiene muy deteriorados los servicios de salud, para atender a una población que debido a las patologías que padecen incrementan la demanda de los servicios de atención en salud (CELADE, 2019).

En este contexto, ACNUR (2019) reporta que 4,8 millones de venezolanos han migrado en los últimos años, lo que ha creado una situación de inestabilidad social y económica en los países vecinos. Esto es debido a la insuficiencia de recursos para satisfacer las necesidades de tales grupos, pero además también a lo interno, porque muchas de estas personas dejan a sus hijos solos, o al cuidado de los abuelos o de un familiar, lo que genera una condición de alta vulnerabilidad familiar y social (ídem). También se da el caso de los adultos mayores abandonados, que quedan sin familia y totalmente desasistidos, sin nadie que pueda velar por ellos en un país con una infraestructura inexistente para el cuidado de estos.

La severidad del problema alimentario que viene padeciendo la población en la última década ha impactado de manera tan intensa que ha provocado un cambio brusco en el patrón de alimentación y en los hábitos tradicionales del venezolano. Las comidas que formaban parte de la idiosincrasia nacional se han visto severamente reducidas a su mínima expresión. En la década de 1990 los estudios sobre consumo de alimentos llevados a cabo por FUNDACREDESA mostraban que el venezolano cotidianamente -aun en los estratos bajos- desayunaba arepa acompañada con un relleno proteico: huevo o queso y a veces sardinas y un jugo de fruta o una bebida láctea; en el almuerzo no faltaban la carne, el pollo, el pescado y el tradicional pabellón o el gustoso sancocho de res o de pescado, así como la típica parrilla (carne asada, vísceras y yuca), compartida con familiares y amigos (Méndez Castellano, 1995).

Sin embargo, desde el año 2012 las encuestas de consumo del Instituto Nacional de Estadística-INE muestran la disminución del consumo de alimentos. Este representó,

en 2014, 520 calorías menos que el año anterior, con lo cual el porcentaje de adecuación calórica en el primer semestre de dicho año fue de apenas 77% y se ubicó en un nivel crítico (INE, 2014; INE, 2016).

En este sentido, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura-FAO registró una disminución en las disponibilidades alimentarias en Venezuela entre 2012-2014 y 2014-2016. De igual manera -y según esta misma fuente- la adecuación energética también experimentó una reducción de 113% a 104% respectivamente, que se corresponde con un nivel de insuficiencia precaria (FAO, 2017).

En este mismo orden de ideas, la Red Agroalimentaria de Venezuela (2019) destaca la caída sostenida en la disponibilidad calórica y proteínica en el país. De esta manera, en 2019 la disponibilidad de energía alimentaria estaría alrededor de 54% y la de proteínas en el 50% de las necesidades de la población, valores inferiores a los registrados en el país en la década de 1950 durante la crítica situación entonces experimentada (Figura Nº 1).

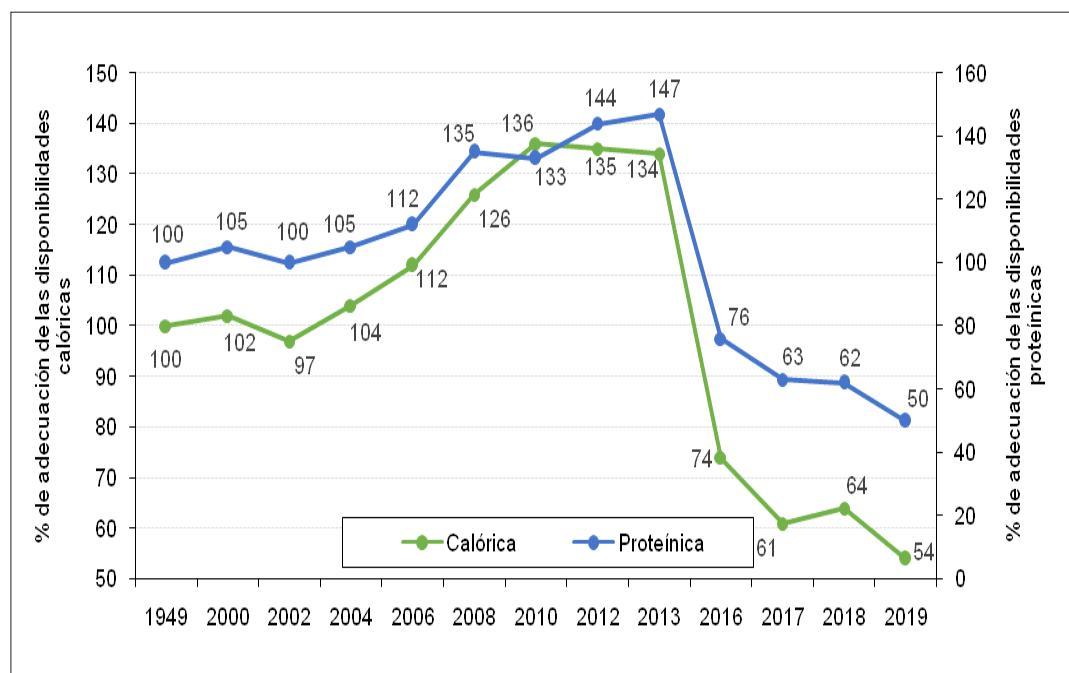


Figura 1. Venezuela. Porcentaje de adecuación calórica y proteínica 1949-2019. Fuente: Red Agroalimentaria de Venezuela (2019)

La disminución de la producción de alimentos y materias primas agrícolas como consecuencia de una política restrictiva hacia los productores nacionales y hacia la agroindustria ha conducido a un quiebre significativo del aporte de alimentos y de nutrientes específicos para la población. De hecho, los campos y centros productivos son una muestra de las «casas muertas»⁵ de la agricultura y ganadería del país.

Esta situación de vulnerabilidad alimentaria que aqueja a la población, puede ser más crítica que la mera insuficiencia de energía, de proteínas y de otros nutrientes, incluso para nutrientes que en promedio parecen estar

cubiertos con los alimentos disponibles para la venta al detal; debido a que las hojas de balance de alimentos enmascaran el impacto de algunos determinantes del consumo tales como, el género, la edad, la situación socioeconómica, el tamaño de la familia y la distribución de alimentos dentro de cada hogar (Red Agroalimentaria de Venezuela, 2019). Este estudio, también muestra la caída del consumo aparente en kg/persona/año desde 2013 a 2019, en algunos rubros, como carnes, azúcar, trigo, maíz, grasas vegetales y arroz, siendo muy fuerte la reducción en carnes de aves, azúcar y maíz (Figura N° 2).

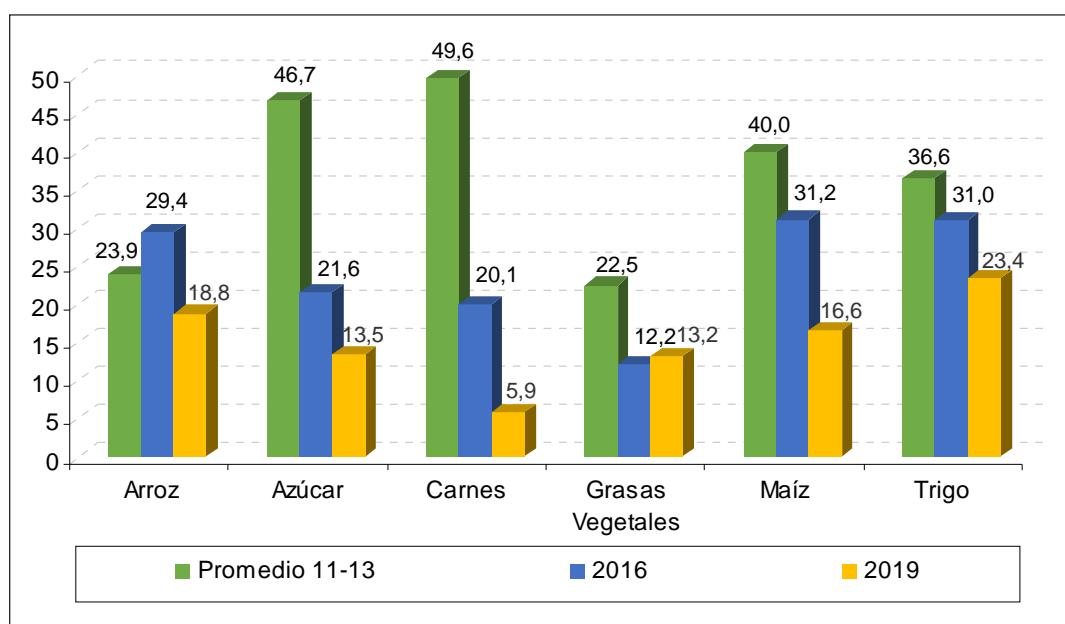


Figura 2. Venezuela. Consumo per cápita de algunos productos básicos (kg/p/año). Fuente: Red Agroalimentaria de Venezuela (2019)

⁵ [Nota del Editor] Metáfora de los autores que alude a la novela homónima del escritor venezolano Miguel Otero Silva, originalmente publicada en 1955 y galardonada con el Premio Nacional de Literatura Venezolana. En ella se describe la decadencia y camino a la miseria de un pueblo petrolero en el oriente venezolano («Ortiz», otra floriente emporio económico, con ingentes oportunidades de empleo), como consecuencia del paludismo, del caudillismo y de las guerras civiles. (Para más detalles, ver <https://prodavinci.com/casas-muertas-de-miguel-otero-silva-2/> y <https://archive.org/details/CasasMuertas>).

Por su parte, la Encuesta Nacional de Condiciones de Vida-ENCOVI resalta la reducción, entre 2014 y 2017, en la adquisición semanal de arroz, harina de maíz, trigo, grasas, pollo, carne, azúcar y lácteos por los hogares venezolanos (Figura N° 3). Las circunstancias descritas muestran que en la compra se priorizan los alimentos que son fuentes de energía de bajo costo, tales como cereales y grasas. Otra opción emergente ha sido el consumo de yuca, un tubérculo cuyo precio es asequible a los grupos más desfavorecidos,

así lo demuestra el incremento en el porcentaje de compra de 9% a 68% entre 2014 y 2017 (Landaeta-Jiménez, Herrera Cuenca, Vásquez y Ramírez, 2017; Landaeta-Jiménez, Herrera-Cuenca, Ramírez y Vásquez 2018a).

La encuesta del Programa Mundial de Alimentos de 2019 (PMA, 2020) reporta que uno de cada cinco hogares (17,8%) tiene un nivel inaceptable de consumo de alimentos; de ellos, 12,3% tiene consumos límite y 5,5% un consumo pobre. También señala que la dieta no es diversificada: se compone de cereales, raíces o tubérculos a diario; se combinan cereales con legumbres (caraotas, lentejas) tres días a la semana y con lácteos cuatro días a la semana. Los grupos de carne, pescado, huevo, vegetales (hortalizas) y frutas presentan un consumo por debajo de los tres días a la semana. La falta de diversidad en la dieta se traduce en una ingesta nutricional inadecuada (*ídem*).

Esta disminución en la cantidad promedio de alimentos que ingiere la población, así como la reducción en el consumo de calorías

y de las principales fuentes de proteínas de origen animal, de hierro y de zinc, han afectado a los grupos más vulnerables. La consecuencia inmediata es el incremento en las formas de desnutrición aguda, desnutrición crónica y de las deficiencias de minerales y vitaminas, entre las cuales destaca la anemia, con severas alteraciones en la salud de la población (Landaeta-Jiménez *et al.*, 2017)

Así mismo es bien conocido que el hambre crónica afecta al sistema inmunológico y a la capacidad de respuesta ante las infecciones de todo tipo. Y aunque es un factor causal del daño en la salud física, dependiendo de la edad de inicio y de su severidad puede también comprometer el desarrollo integral y de las capacidades de los individuos.

En Venezuela entre 2014 y 2016 las personas subalimentadas se incrementaron a 4.103.863, aproximadamente 13% de la población según la FAO-OPS-WFP-UNICEF (2019). Estas personas con necesidades alimentarias insatisfechas están limitadas para trabajar a plenitud y tienen mayor riesgo de

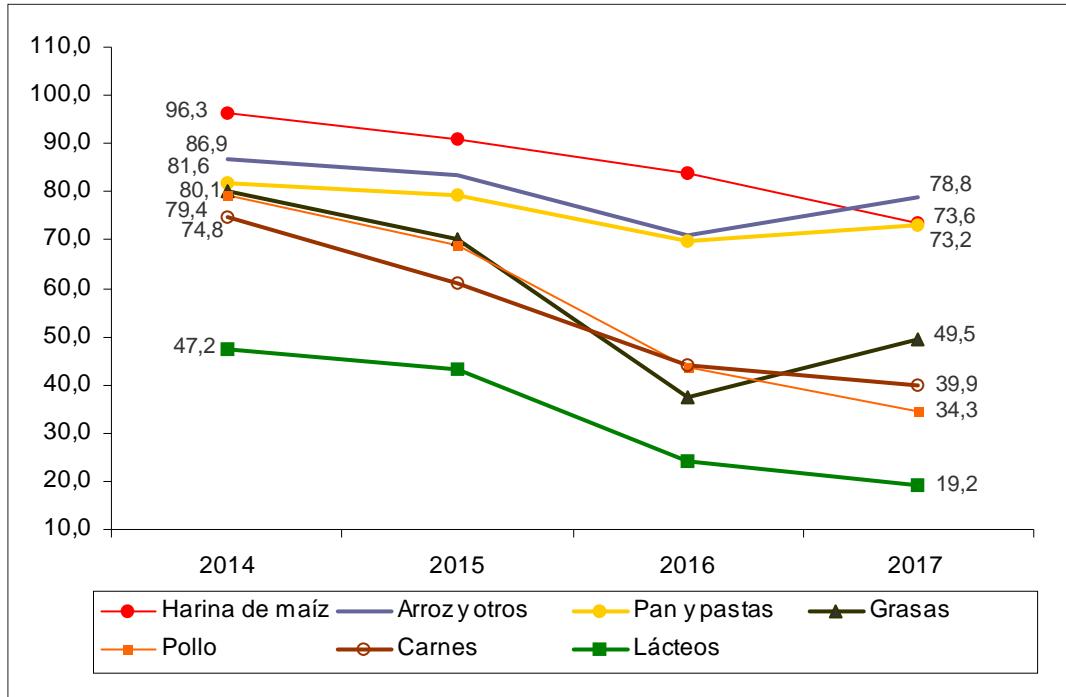


Figura 3. Venezuela. Porcentaje de hogares que compran estos alimentos semanalmente. Fuente: Landaeta-Jiménez *et al.* (2017).

estar en condiciones de salud precarias, debido a que no disponen de la capacidad para ahorrar e invertir, pues en ellos el hambre es a la vez causa y efecto de la pobreza.

La situación descrita ha dado paso a la implementación de una serie de ajustes por parte de las familias. Destacan entre ellos que el 74% de las familias ha utilizado estrategias de sobrevivencia disminuyendo la variedad, calidad y cantidad de alimentos; el 60% de los hogares reportó haber reducido el tamaño de la porción de sus comidas. Tres de cada cuatro familias habían aplicado al menos una estrategia de sobrevivencia relacionada a medios de vida. El 33% de los hogares ha aceptado trabajar a cambio de comida y el 20% ha vendido bienes familiares para cubrir necesidades básicas. Seis de cada diez familias han gastado sus ahorros en comida (PMA, 2020).

Otras estrategias desarrolladas por los hogares tienen que ver con la economía energética, que consiste en comprar pocos alimentos (5 a 7 productos), priorizando aquellos que provean mayor rendimiento calórico y saciedad (60-80% de las calorías totales). Los hogares también aplicaron alternativas compensatorias tales como preferir la compra de cereales y tubérculos (dieta blanca que da mayor saciedad), dejando de comprar proteínas animales y grasas. La prioridad es mitigar el hambre, a costa de sacrificar calidad y variedad, lo cual conduce al empobrecimiento de la dieta que se consume (Landaeta-Jiménez *et al.*, 2017).

La consecuencia de esta situación es una dieta de baja calidad, donde las sustituciones y combinaciones de alimentos, son inapropiadas, pero que, sin embargo, representan la renuncia de madres y padres a alimentarse para que puedan hacerlo sus hijos (Landaeta-Jiménez *et al.* 2018a) o como ya se ha mencionado la reducción en la cantidad de alimentos, del tamaño de la ración, o prescindir de alguna comida (Landaeta-Jiménez *et al.*, 2017)

La vulneración del derecho a elegir y la posibilidad real de adquirir los alimentos, como consecuencia del acelerado deterioro del ingreso y de las oportunidades en cuanto a la mejora de la calidad de vida y el bienestar, han provocado un cambio significativo en el

patrón de consumo habitual de los venezolanos. Todo esto ocurre en medio de un estricto control social que impone el Estado sobre la alimentación de la población a través de los Comités Locales de Abastecimiento y Producción (CLAP), mediante el cual amplios sectores de la población más desfavorecida se ven sometidos a la exigencia de lealtad a los gobernantes para adquirir un reducido número de alimentos subsidiados. Estos son básicamente arroz, harina precocida de maíz, pasta, aceite, leguminosas y ocasionalmente azúcar, leche, atún o sardinas. Esta red distribuye alimentos de pobre calidad, insuficientes, con una frecuencia irregular, sin tomar en cuenta las verdaderas necesidades nutricionales de la población venezolana, siendo los únicos suministros a los que tienen acceso estos grupos (Landaeta-Jiménez *et al.*, 2017).

Como ya se ha mencionado se trata solo de saciar el hambre, sin importar el impacto que el consumo de los alimentos del CLAP pueda tener en poblaciones como los adultos mayores con patologías de base, diabéticos o hipertensos, por ejemplo. Tampoco toman en cuenta la alimentación infantil, porque no se proveen fuentes de lácteos indispensables para este grupo (Landaeta-Jiménez *et al.*, 2018b). Por otra parte, algunos de estos productos han sido catalogados como fraude alimentario, debido a que no cumplen con los contenidos expresados en el etiquetado nutricional ni se ajustan a la normativa nacional (Hernández, Marcano y Denis, 2019).

4. ¿INSEGURIDAD ALIMENTARIA? ¿CUÁNTOS?

En América Latina la inseguridad alimentaria moderada o grave pasó de 26,2% a 31,1%, mientras que la grave creció de 7,3% a 8,9% (FAO, 2019). La brecha parece ser mayor en estratos de población más pobres y con menor nivel de educación, así como en los asentamientos urbanos, es decir, grandes ciudades y suburbios. Aun cuando la mayoría de los países de Latinoamérica muestran descensos en la prevalencia de subalimentación, en la República Bolivariana

de Venezuela -por el contrario- la prevalencia creció de 9,5% en el trienio 2013-2015 a 21,2% en el trienio 2016-2018 (FAO-UNICEF, 2019).

Venezuela también ha incrementado sus niveles de inseguridad alimentaria y de hambre. En 2017, la ENCOVI reportó que 81% de los hogares se encontraban en inseguridad alimentaria. Ya entonces 84% de los hogares no tenía ingresos suficientes para acceder a los alimentos, al tiempo que hasta 60% de los miembros de las familias refirieron haberse acostarse con hambre porque el dinero fue insuficiente para la compra de alimentos. Las limitaciones en el acceso por falta de dinero se agravan por la escasez y desabastecimiento de alimentos, situación que también configura una violación del derecho a la alimentación (Figura Nº 4) (Landaeta-Jiménez *et al.*, 2017).

El complejo panorama de la seguridad alimentaria en el país y la precariedad económica y social han venido limitando el acceso a los alimentos; particularmente visible es que los precios superan por mucho los ingresos de los hogares. La hiperinflación ha afectado las posibilidades de las familias para acceder tanto a los alimentos como a las otras

necesidades básicas. Según el PMA, el 59% de los hogares no tiene ingresos suficientes para comprar comida y el 65% no es capaz de comprar artículos esenciales de higiene, ropa y calzado. La mitad de los encuestados declaró haber perdido el 51% de sus ingresos por reducción de salario o pérdida del trabajo y 37% experimentó merma total de sus ingresos por pérdida de su único trabajo o negocio. El 18% de los hogares depende de asistencia gubernamental y sistemas de protección social (PMA, 2020). De manera que es importante señalar que desde las distintas investigaciones se refleja el continuo aumento de la inseguridad alimentaria como factor de deterioro del bienestar de las familias.

Por su parte, la encuestadora Consultores 21 reportaba en junio de 2019 al 92% de hogares venezolanos como carentes de seguridad alimentaria, de los cuales 32% clasificaban con baja seguridad y 60% con muy baja seguridad alimentaria. Concluye que la inseguridad alimentaria se extiende en forma horizontal y afecta a todas las regiones, niveles sociales y grupos humanos, convirtiéndose en una verdadera calamidad nacional (Consultores 21, 2019).

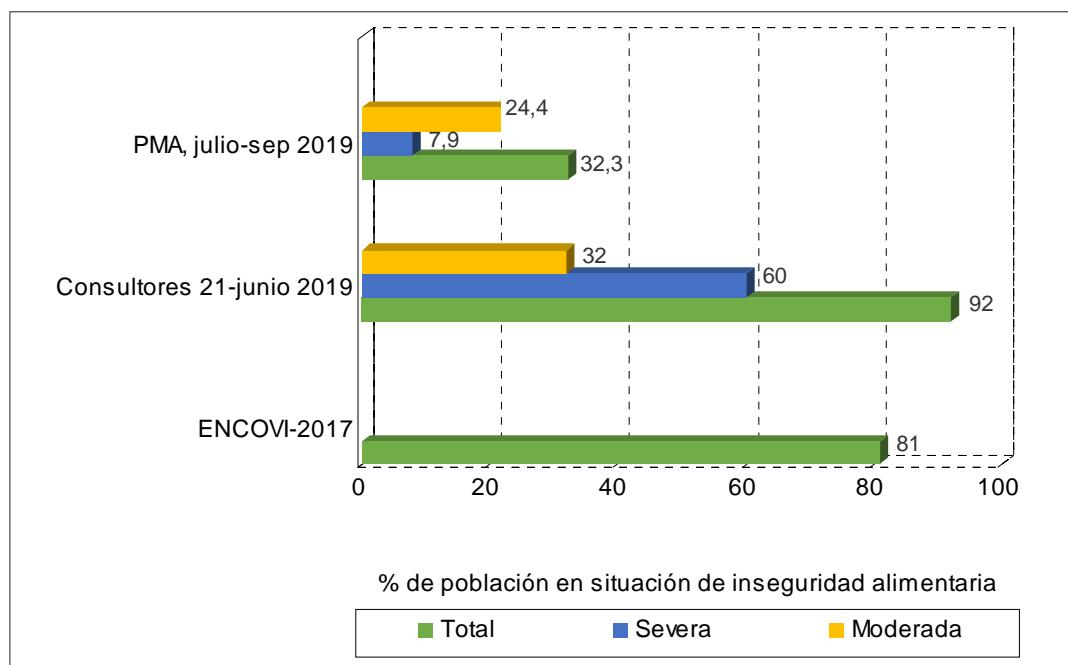


Figura 4. Porcentaje de la población en inseguridad alimentaria. Fuente: Landaeta-Jiménez *et al.* (2017), Consultores 21 (2019) y PMA (2020)

Según la encuesta realizada por el Programa Mundial de Alimentos entre julio y septiembre de 2019 se ha estimado que el 7,9% de la población en Venezuela (2,3 millones) está en inseguridad alimentaria severa y 24,4% (7 millones) en inseguridad alimentaria moderada. En otras palabras, una de cada tres personas en Venezuela (32,3%) está en inseguridad alimentaria y necesita asistencia. Al nivel desagregado, once (de 23) estados presentan índices superiores a la prevalencia nacional de inseguridad alimentaria severa. Los índices más altos se encuentran en Delta Amacuro (21%), Amazonas (15%), Falcón (13%), Zulia (11%) y Bolívar (11%) (PMA, 2020).

Diversos hallazgos muestran el efecto de otros factores de desequilibrio en la familia venezolana, como por ejemplo el hecho de que si se considera de forma aislada, el puntaje de consumo de alimentos solo muestra un 17,8% de inseguridad alimentaria, contrariamente el indicador de estrategias de sobrevivencia de medios de vida reflejaría 61,3% de inseguridad alimentaria. La explicación era que al momento de la encuesta muchas familias podían cubrir sus necesidades de alimentación, pero a un elevado costo, teniendo que sacrificar sus bienes y arriesgar sus medios de vida, quedando desamparados ante cualquier contingencia (PMA, 2020).

El daño en la alimentación y sus consecuencias en la nutrición y la salud de los venezolanos se reporta en algunos informes de las agencias internacionales. Así *e.g.*, el Estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el mundo 2019 (FAO-UNICEF, 2019), la tasa de subalimentación en Venezuela casi se cuadruplicó al pasar de 6,4% en el periodo 2012-2014 a 21,2% en 2018. La cantidad de personas con hambre en el país se incrementó de 2,3 a 6,8 millones y el deterioro de la seguridad alimentaria en Venezuela es el más alto de América Latina. Del total de personas que pasaron a situación de hambre en América del Sur desde el 2013, el 86% son venezolanos (*íd*em).

En el Global Hunger Index (GHI)⁶ la puntuación de Venezuela se ha duplicado, pasando de 8,4% en 2010 hasta 16,8% en 2019. La hiperinflación, la rápida contracción del PIB, la excesiva dependencia de los ingresos del petróleo, junto con la caída de la producción petrolera y la gobernanza ineficiente - caracterizada por una corrupción desenfrenada y una creciente autocracia- han contribuido a la situación reflejada en la grave escasez de alimentos y el colapso económico y político que ha afectado al país en los últimos años. Es muy posible que la puntuación de Venezuela del GHI se siga incrementando en los próximos años, cuando se disponga de datos más actualizados sobre la nutrición infantil (Global Hunger Index, 2019).

Otra característica de la inseguridad alimentaria en el país es que se concentra en hogares pobres, integrados -generalmente- por cinco miembros, con niños pequeños, mujeres embarazadas y adultos mayores, con severas carencias alimentarias, falta de servicios de salud, de agua potable, combustible, gas, vivienda y transporte. Sin embargo, el deterioro ha sido tan severo que también ha afectado a sectores de la clase media carente de recursos, debido a la pérdida del poder adquisitivo del ingreso como resultado de la hiperinflación, bajos salarios y un Estado empobrecido, que limita cada vez más la calidad de vida de los venezolanos. Esta situación afecta los años de vida y se convierte en uno de los factores desencadenantes de las enfermedades de la pobreza, las infecciones frecuentes, que en los niños comprometen su desarrollo físico e intelectual. En medio de este futuro incierto, estos niños -al llegar a la adultez- pueden engrosar las estadísticas de las enfermedades crónicas, que afectarían los años de vida saludable de cada individuo; pero también, el rendimiento y la productividad de la nación, perpetuando el círculo vicioso de la pobreza (FAO-UNICEF, 2019).

⁶ [Nota del Editor] El GHI califica a cada uno de países con una escala que oscila entre 0 (inexistencia de hambre) y 100 (extremo de hambre), a partir un promedio simple de la sumatoria de la proporción de población subnutrida (%), de la frecuencia de insuficiencia de peso en niños menores de cinco años (%) y de la proporción de niños que mueren antes de los cinco años (%).

La precariedad de la dieta de los venezolanos, los altos niveles de la población subalimentada y la inseguridad alimentaria muestran lo severa y compleja de la situación alimentaria, con una disponibilidad incierta y un acceso limitado a lo cual se suma el empobrecimiento de los hogares, cuyos miembros han perdido sus puestos de trabajo y agotado sus medios de vida para alimentarse. Además, la migración ha significado una pérdida del capital humano y social -en general, calificado-, que ha impactado negativamente la capacidad de respuesta del país ante esta situación. Paradójicamente, se estima que las remesas de los venezolanos han venido ayudando a sobrelevar la situación en el grupo que las recibe, particularmente antes de la pandemia de la COVID-19.

5. ¿CÓMO ESTÁN LOS SOBREVIVIENTES?

El déficit calórico crónico en ambientes insalubres afecta no solo el crecimiento físico, sino también el desarrollo intelectual y la capacidad de respuestas a las agresiones del medio ambiente. Son estos niños sometidos a estas privaciones quienes incrementan las estadísticas de morbilidad de casi todas aquellas enfermedades, sobre las cuales subyace una desnutrición (Landaeta-Jiménez *et al.*, 2018b).

La situación de gran vulnerabilidad social y económica ha minado progresivamente la salud de los niños venezolanos, en especial de aquellos menos favorecidos, los cuales pasan gran parte de su vida sumidos en un ambiente insalubre que va agotando progresivamente su capacidad de recuperación, lo que repercute negativamente en su desarrollo físico, emocional y cognitivo.

La disminución en la disponibilidad, en el acceso y en el consumo de energía, ha traído como consecuencia el incremento en el número de niños con desnutrición aguda y crónica, que en el país ha venido en ascenso en la última década, cuando el sobrepeso es desplazado por la desnutrición en sus diferentes formas, ante una situación de descalabro económico, social y político en el país. Desde la perspectiva de algunos investigadores, el crecimiento de un niño refleja quizás mucho mejor que otros

indicadores, el estado de salud y nutrición y en muchos casos, su situación psicológica (Eveleth y Tanner, 1990; López, 2018). El uso de los datos de crecimiento físico como indicador para evaluar y definir las condiciones de salud es lo que Tanner denomina «epidemiología auxológica» y que Bielicki ubica en el límite entre las ciencias sociales y la biología humana (Bielicki, 1986; López, 2018).

Los promedios de la estatura y peso de los niños reflejan de manera precisa el estado de la salud pública de una nación, así como la influencia de las disponibilidades y de las brechas, si las hubiese, sobre el potencial genético. Este criterio es válido siempre y cuando se consideren las diferencias que puedan existir en los diferentes grupos poblacionales, de acuerdo con su entorno y conformación genética (Eveleth y Tanner, 1990; López, 2018).

El análisis de la epidemiología auxológica en la sociedad venezolana del siglo XX revela que en el crecimiento de los niños existen brechas. Así, el peso y la estatura es mayor en los niños de estratos sociales altos en comparación con los más pobres, al tiempo que estas diferencias son más pronunciadas que entre la población urbana y la rural. Por ejemplo: en la talla a los siete años –considerada como un excelente indicador de crecimiento- la diferencia urbana-rural es de 1,5 cm y de 1,2 kg en varones y de 1,2 cm y 1,1 kg en niñas, mientras que entre los estratos altos y medio (Graffar I+II+III) y el estrato más pobre (Graffar V) la diferencia alcanza 3,7cm y 1 kg en varones y 1,6 cm y 1,2 kg en niñas. Estos hallazgos muestran cómo el impacto de las condiciones socioambientales en los niños de 7 años fue más intenso (Méndez, 1995; López, 2018).

Preocupados por la vigilancia de la situación nutricional de los niños, la Fundación Bengoa ha venido realizando el seguimiento de 2.262 niños(as) preescolares de 3 a 5 años de las ciudades de Maracaibo, Mérida y Caracas de estratos bajos. Las evidencias revelaron que la prevalencia de desnutrición aguda presenta una tendencia creciente -en particular, a partir del año 2013- en las categorías de desnutrición moderada y

severa, al pasar de 1,0 en 2010 a 8,6% en 2017. Por su parte, el sobrepeso y la obesidad disminuyen a partir del 2012, al pasar de 10,1 a 1,4% en 2017 (Tabla N° 1) (Fundación Bengoa, 2017).

Igualmente se observó un incremento en la vulnerabilidad nutricional de los niños en estas instituciones escolares, que se refleja en el aumento de los porcentajes de niños con retraso de crecimiento en talla y de su severidad a partir del 2013. Fue este año cuando se inició un cambio en el perfil de la desnutrición crónica, debido a que se incrementaron los porcentajes de niños con talla baja y talla muy baja desde 5,6% a 9,2% en 2017. El porcentaje de los niños en la categoría de alerta de talla baja (*i.e.*, en riesgo de desnutrición crónica) se incrementó en forma progresiva desde 10,7% hasta 15,9% en 2017. En consecuencia, el porcentaje de niños en situación de vulnerabilidad nutricional (desnutridos + riesgo) en su crecimiento físico en talla se incrementó hasta 25,2% en 2017. Como resultado, 16 de cada 100 niños presentan riesgo de desnutrirse y 9 de cada 100 padecen desnutrición crónica moderada y severa, con retraso en su crecimiento físico y compromiso de su desarrollo intelectual (Tabla N° 2) (Fundación Bengoa, 2017).

La desnutrición continúa su efecto deletéreo sobre la salud de los niños en Venezuela, ante la ausencia de políticas públicas para contenerla. Este deterioro de la salud de los niños lo reportan varios estudios. En 2017 el Estudio de Emergencia Social en comunidades pobres urbanas en niños menores de 2 años encuentra 6,7% de desnutrición aguda global, y 33% de niños con retraso de crecimiento en talla, datos que muestran la severidad de la desnutrición que se inicia desde muy temprana edad de la gestación (Fundación Bengoa-UCAB, 2018).

La UNICEF ubica en 2019 la desnutrición aguda (DA) en niños menores de 5 años en 6% en 16 Estados (UNICEF, 2019). Por su parte, el Proyecto Samán de Cáritas -que se desarrolla en parroquias muy pobres de 15 estados- reporta que entre julio-septiembre de 2019 que 12% de los niños menores de 5 años tienen desnutrición moderada y severa (GAM-desnutrición aguda global), 21% tienen desnutrición leve y 33% están en riesgo de desnutrición. Pero, además, 12 parroquias mostraban valores por encima del nivel de crisis. Las parroquias con la mayor proporción de desnutrición aguda global se ubican en los estados Anzoátegui, Falcón,

Tabla 1

Desnutrición aguda (Peso-Talla) en preescolares (3 a 5 años) de estratos bajos. Maracaibo, Mérida y Caracas, período 2010-2017

Años	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Alerta Talla baja %	8,2	10,4	10,7	11,9	12,8	11,2	13,4	15,9
Talla baja/ Muy baja %	5,1	10,4	5,6	6,9	9,6	7,1	12,1	9,2

Fuente: Fundación Bengoa (2017)

Tabla 2

Retraso en el crecimiento (Desnutrición crónica) en preescolares. Maracaibo, Mérida y Caracas, período 2010-2017

Años	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Emaciado / E. Severo %	1,0	5,5	6,8	0,8	6,0	6,1	2,6	8,6
Sobrepeso / Obesidad %	6,2	4,3	10,1	6,3	6,3	6,1	2,9	1,4

Fuente: Fundación Bengoa (2017)

Guárico, Miranda y Sucre, que se mantienen en niveles incluso superiores a los umbrales de emergencia. De otro lado, en el 16% de los niños menores de 6 meses se detectó desnutrición aguda moderada o severa y en 33 niños menores de 1 mes, 25% de ellos presentaban desnutrición aguda grave y 24% tenían ya retraso del crecimiento. En las parroquias más desprotegidas, las deficiencias en los servicios y la falta de control preventivo del crecimiento de los niños incrementan su vulnerabilidad (Cáritas, 2019).

Adicionalmente, este mismo año en un comedor comunitario en Petare los niños menores de cinco años presentaban 6% de desnutrición aguda moderada y severa y 4,9% de ellos se encontraban en riesgo de desnutrición. El retraso de crecimiento moderado y severo afecta al 17,1% de los niños y 11% se encuentran en riesgo (Proyecto Nodriza, 2019). Pero los más afectados son los niños que se encuentran en la ventana de los primeros 1.000 días de vida, donde incluso se han evidenciado dos

muerdes en bebés menores de un año; allí una de las bebés presentaba un peso menor a los seis meses respecto del peso al nacer, con el diagnóstico de Kwashiorkor.

Por último, en comunidades rurales del estado Anzoátegui en 2019 se determinó que la desnutrición aguda moderada y severa en niños entre 3 y 5 años era de 2,5%, en tanto que la desnutrición crónica moderada y severa era de 19,7%. Por su parte, en preescolares de Miranda, Caracas y Guayana la desnutrición aguda moderada y severa está presente en 1,5% de los niños, mientras que la desnutrición crónica con retraso de crecimiento afectó a 7,4% y 8,7% de los niños. Estos resultados muestran la condición de alta vulnerabilidad nutricional a la que están expuestos los niños que habitan en zonas con alto riesgo socioeconómico (Fundación Bengoa, 2019).

La desnutrición aguda en niños tan pequeños puede ser la consecuencia de un peso bajo al nacer, de una lactancia materna inadecuada, de un control de salud deficiente, de un compromiso inmunológico severo y de un medio ambiente insalubre. Sin embargo,

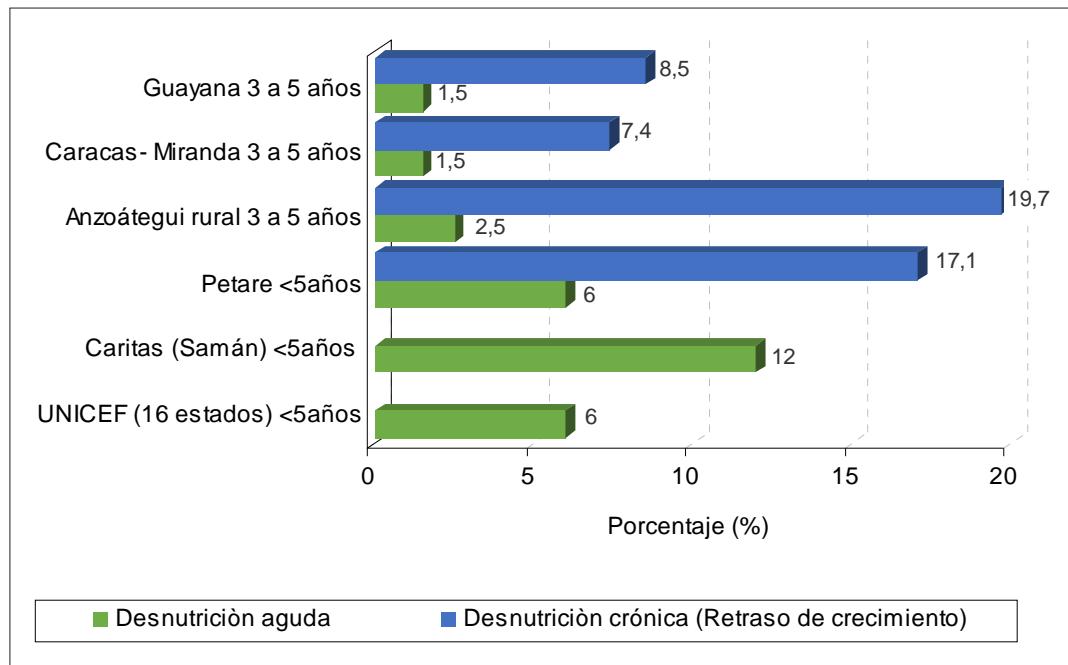


Figura 5. Venezuela: porcentajes de desnutrición aguda y crónica en niños y niñas menores de cinco años, 2019. Fuente: UNICEF (2019), Cáritas (2019), Proyecto Nodriza (2019) y Fundación Bengoa (2019)

el retraso del crecimiento –o talla baja para la edad- es una alteración en el crecimiento físico y funcional, en gran medida irreversible, debido a una nutrición inadecuada y brotes de infección repetidos durante los primeros 1.000 días de vida. Este retraso tiene una serie de efectos a largo plazo para los individuos y las sociedades entre los cuales se encuentran: disminución del desarrollo cognitivo y físico, reducción de la capacidad productiva, mala salud y aumento del riesgo de enfermedades degenerativas como la diabetes. Además, el retraso del crecimiento en la niñez es uno de los obstáculos más significativos para el desarrollo humano (Naciones Unidas, 2016).

6. CONCLUSIÓN Y PROPUESTAS PARA LA ACCIÓN

La emergencia compleja descrita anteriormente tiene un efecto severo en los hogares más pobres, conformados en promedio por familias de cinco miembros, en los que por lo general hay niños, mujeres embarazadas y adultos mayores –los grupos más vulnerables- afectados por múltiples carencias alimentarias y además enfrentados a un colapso en los servicios de salud y en los servicios básicos, la deserción escolar y a una reducción dramática de su poder adquisitivo. Todos estos factores van lesionando la calidad de vida y el bienestar de las personas a lo largo del curso vital, que limitan sus capacidades y van perpetuando el ciclo de la pobreza.

Romper el impacto negativo y la severidad que los factores anteriores tienen sobre las dimensiones de la seguridad alimentaria en el acceso, la disponibilidad, la bioutilización y la estabilidad de las anteriores, demanda la implementación de políticas articuladas que aseguren el vulnerado derecho a la salud y la alimentación y que garanticen prioritariamente la seguridad alimentaria. En este sentido, se requiere de un enfoque integral, que incorpore a los distintos sectores responsables de garantizar la alimentación, la seguridad alimentaria y la salud de la población. Entre las medidas generales que pudieran instrumentarse se proponen las siguientes:

1) Medidas de contención al deterioro que, en principio, reduzcan las deficiencias de calorías

y proteínas de buena calidad en los grupos más vulnerables. En este sentido, es menester la estructuración de una canasta básica para contener el deterioro nutricional, con medidas de subsidios selectivos a los grupos vulnerables, que garanticen el acceso a los alimentos de calidad y en cantidad suficiente, que permita una dieta equilibrada en calorías, proteínas de buena calidad y micronutrientes es esencial. Una modalidad podría ser la entrega de alimentos o de transferencias monetarias para adquirir estos productos; de ser necesario –al menos en un primer momento-, contemplar subsidios a fuentes alimentarias de nutrientes clave – proteínas de buena calidad y micronutrientes-, de manera que se mejore no solo el acceso físico sino también el acceso económico.

2) Identificación de grupos prioritarios para orientar la atención, a nivel de estados y de municipios, lo cual no solo requiere la definición de criterios de selección, sino también de los indicadores para el monitoreo.

3) Levantamiento georreferenciado por áreas (urbano-rural), zonas y sectores (comunidades y localidades) sobre la actualización de las necesidades, su jerarquización, el análisis de los recursos disponibles, la generación de un plan de acción y la definición de una línea base que podría permitir la organización y optimización de los recursos disponibles. La comprensión de las causas es un factor determinante para el abordaje de la problemática.

4) Diseño de un plan de acción que incluya a todos los involucrados, basado en el diagnóstico para que se puedan establecer escenarios de acción y estimar los costos de acuerdo con la disponibilidad de recursos.

5) Articulación con el sector salud, para la reactivación del control y seguimiento preventivo de los grupos vulnerables, niños y niñas, mujeres embarazadas, lactantes y adultos mayores, con especial énfasis en los primeros 1.000 días de vida.

6) Reactivación del sistema de estadísticas públicas, veraces y oportunas, para el seguimiento de las políticas públicas.

7) Fortalecimiento de la red de comedores para grupos específicos. Los comedores escolares como estrategia para la vuelta a clases y los comedores populares, para grupos de adultos vulnerables. Estos podrían ser

espacios naturales para la educación alimentaria y de salud.

8) Control sanitario de los alimentos, en especial de aquellos que se han estado distribuyendo en el país y vigilar el cumplimiento de las normas de enriquecimiento de los alimentos vigente en el país.

9) Fortalecimiento de la vigilancia y control sanitario de los alimentos y estimulación de la formación y promoción sobre la inocuidad e higiene de los alimentos; reactivación del Código Alimentario.

10) Restitución de los servicios públicos de agua potable, gas, electricidad, transporte, combustible y saneamiento ambiental en general, como medidas indispensables para reducir la morbimortalidad por infecciones, desnutrición y por enfermedades transmitidas por alimentos. A este respecto es necesario actualizar la generación de servicios acorde con las tecnologías modernas no contaminantes y más baratas, debido a que la optimización y conservación de los recursos naturales debe ser una prioridad. Para ello, la incorporación del uso de energía solar y eólica -tan comunes en el mundo moderno- deben realizarse tan pronto como sea posible.

11) Fortalecimiento de los sistemas de bioseguridad para asegurar y garantizar la inocuidad de los alimentos desde la producción, pasando por el transporte y almacenamiento y hasta la manipulación higiénica en los expendios e intradomiciliaria.

12) Flexibilización en el transporte y la comercialización de los alimentos, específicamente los que tienen que ver con la cadena de distribución en los lugares habituales de compra, a fin de ir logrando autonomía de los hogares para la adquisición de alimentos. Y,

13) Reactivación del aparato productivo y del empleo, para que las familias recuperen su capacidad adquisitiva, con especial énfasis en el empleo femenino. En relación con este último aspecto, debe considerarse al sistema agroalimentario como el espacio futuro de la recuperación económica del país, pues el petróleo como única fuente de ingresos llegará a su fin por razones geo-estratégicas de índole ambiental, económica y política. En cambio, se abren una serie de oportunidades ligadas al

aprovechamiento del espacio geográfico, cultural, gastronómico y turístico, que bien puede ser el nuevo generador de empleos, de integración y alineación de la cadena alimentaria; desde la tierra a la mesa, pasando por todos los emprendimientos gastronómicos, ecológicos, ambientales que deben formar parte de la nueva estructura del desarrollo económico de la nueva Venezuela.

Situaciones como la venezolana, tipificadas como emergencia humanitaria compleja, requieren de un abordaje integral y planificado, sobre la base de evidencias. La finalidad es reducir los daños de la población vulnerable, garantizar su recuperación y la salida exitosa de la crisis, el desarrollo de capacidades y una vida saludable y productiva, que procure el bienestar de la población atendida a lo largo del curso de la vida.

REFERENCIAS

- Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR. (2020). *Situación en Venezuela. Más de 4,7 millones de personas refugiadas y migrantes de Venezuela en todo el mundo*. Ginebra, Suiza: ACNUR. Recuperado de <https://www.acnur.org/situacion-en-venezuela.html>
- Barker, D. J. (2007). The origins of the developmental theory. *Journal of Internal Medicine*, 261(5), 412-417. doi: 10.1111/j.1365-2796.2007.01809.x
- Bernabeu-Mestre, J. (2010). Notas para una historia de la desnutrición en la Iberoamérica del siglo XXI. *Nutrición Hospitalaria*, 3(suplemento 3), 10-17. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/20283>
- Bielicki, T. (1986). Physical growth as a measure of the economic well-being of populations: The twentieth century. En F. Falkner y J. M. Tanner (Eds.), *Human growth - A comprehensive treatise* (pp. 286-305). (2a. ed., Vol. 3) Nueva York, EE.UU.: Plenum Press Publishing Corporation.

- Black, R. E., Allen, L. H., Zulfiqar, A., Bhutta, Z. A., Caulfield, L. E., de Onis, M.,...Rivera, J. (2018). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet*, 371(9608), 243-260. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61690-0
- Cáritas. (2019). *Monitoreo centinela de la desnutrición infantil y la seguridad alimentaria familiar en Venezuela*. Caracas: Fundación Cáritas. Recuperado de http://caritasvenezuela.org/wp-content/uploads/2020/01/Bolet%C3%ADn-XII-Jul-Sep-2019_compressed.pdf
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE. (2019). *World population prospects: 2019* [base de datos en línea]. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL, División de Población [revisión de 2019]. Recuperado de <https://population.un.org/wpp/>
- Consultores 21. (2019). *Crisis de seguridad alimentaria en Venezuela*. Caracas, Venezuela: Consultores 21. Recuperado de <https://www.agendavenezuela2030.org/noticias/>
- Encuesta Nacional de Hospitales. (2019). *Balance Final*. Caracas, Venezuela: Médicos pro la Salud. Recuperado de <https://www.encuestanacionaldehospitales.com/2019>
- Eveleth, P. B. y Tanner, J. M. (1990). Environmental influence on growth. En P. B. Eveleth y J. M. (Eds.), *Worldwide variation in human growth* (pp. 191-207). (2a. ed.). Nueva York, EE.UU.: Cambridge University Press.
- Fundación Bengoa. (2017). *Vigilancia nutricional en instituciones escolares de Maracaibo, Mérida y Caracas. Años 2010-2017*. Caracas, Venezuela: Fundación Bengoa (informe técnico).
- Fundación Bengoa-UCAB. (2018). *Proyecto de emergencia social*. Caracas, Venezuela: Fundación Bengoa-UCAB (informe técnico).
- Fundación Bengoa. (2019). *Proyecto estudio transversal del estado nutricional en escuelas de Miranda, Caracas y Guayana*. Caracas, Venezuela: Fundación Bengoa (en prensa).
- Fundación Cavendes. (1998). *Alimentación y nutrición: personas e instituciones*. Caracas, Venezuela: Fundación Cavendes.
- FUNDACREDESA. (2001). *Indicadores de situación de vida y movilidad social. Años 1995-2000* (pp. 1-652). Caracas, Venezuela: Fundacredesa.
- García, J., Correa, G. y Rousset, B. (2019). Trends in infant mortality in Venezuela between 1985 and 2016: a systematic analysis of demographic data. *Lancet Glob Health*, 7, e331-36. Recuperado de [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30479-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30479-0)
- Global Hunger Index. (2019). *El desafío del hambre y el cambio climático*. Madrid, España: Ayuda en Acción. Recuperado de <https://www.welthungerhilfe.org/news/publications/detail/global-hunger-index-2019-espanol/>
- Bravo, N. (13 de mayo de 2020). Ricardo Hausman y la reconstrucción de Venezuela, ¿Cómo, en cuánto tiempo con quién? [Vídeo, Entrevista 24 Horas, con Napoleón Bravo]. Youtube. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=8wKtxB6KL8U>
- Hernández, P., Marcano, P. y Deniz, R. (2019). Evaluación del contenido nutricional de productos lácteos en programa de alimentación venezolano. *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 69(2), 113-124. Recuperado de <https://www.alanrevista.org/ediciones/2019/2/art-6/>
- Herrera-Cuenca, M., Sifontes, Y. y Landaeta-Jiménez, M. (2019). Estrategias e implicancias nutricionales para evitar el origen temprano de las enfermedades crónicas. En D. Ávila, S. Karchmer, F. Mardones, L. Salazar, FLAMP, FLASOG y DOHAD (Eds), *Origen fetal de las enfermedades del adulto* (pp. 472-489). Quito, Ecuador: FLASOG. Recuperado de <https://www.flasog.org/static/libros/Libro-Edition-FINAL.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2002). *Anuario estadístico de Venezuela 2000*. Caracas, Venezuela: INE, División de Publicaciones y Artes Gráficas.
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2014). *Encuesta de Seguimiento al Consumo de Alimentos*. Caracas, Venezuela: INE. Recuperado de <http://www.ine.gov.ve>
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2016). *Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos. ENCA 2015*. Caracas, Venezuela: INE. Recuperado de http://www.ine.gov.ve/documentos/Social/ConsumodeAlimentos/pdf/informe_enca.pdf

- Koletzko, B., Brands, B., Poston, L., Godfrey, K. y Demmelmair, H. (2012). Early nutrition programming of long-term health. *The Proceedings of Nutrition Society*, 71, 71.378. doi:10.1017/S002966512000596
- Landaeta-Jiménez, M., Herrera-Cuenca, M., Vásquez, M. y Ramírez, G. (2017). La alimentación de los venezolanos. En A. Freites (Ed.), *Espejo de la crisis humanitaria venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2017* (pp. 51-75). Caracas, Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello.
- Landaeta-Jiménez, M., Herrera-Cuenca, M., Ramírez, G. y Vásquez, M. (2018a). Las precarias condiciones de alimentación de los venezolanos. En A. Freites (Ed.), *Espejo de la crisis humanitaria venezolana. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2017* (pp. 151-173), Caracas, Venezuela: Universidad Católica Andrés Bello.
- Landaeta Jiménez, M., López de Blanco, M., Sifontes, Y. y Machado, V. (2000). En torno al Desarrollo de la Alimentación y Nutrición en Venezuela. 1940-2000. En R. H. Bourges, J. M. Bengoa y A. M. O'Donnell (Coords.), *Historias de la Nutrición en América Latina* (pp. 239- 268). Caracas, Venezuela: SLAN. Recuperado de <https://www.slan.org.ve/libros/Historias%20de%20la%20Nutrici%C3%B3n%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf>
- Landaeta-Jiménez, M., Sifontes, Y. y Herrera-Cuenca, M. (2018b). Venezuela entre la inseguridad alimentaria y la malnutrición. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 31(2), 66-77. Recuperado de <https://www.analesdenutricion.org.ve/ediciones/2018/2/art-4/>
- López de Blanco, M. (2018). Variabilidad del crecimiento y la maduración física en Venezuela: visión y análisis de una revisión documental, 1939-2016. Capítulo 1. En A. Díaz Bruzual y E. López Loyo (Eds.), *Colección Razetti* (Vol. XXI) (pp. 1-73). Caracas, Venezuela: Academia Nacional de Medicina.
- López de Blanco, M., Landaeta-Jiménez, M. y Macías de Tomei, C. (2013). Influencia del crecimiento prenatal y posnatal temprano en las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición. *Anales Venezolanos de Nutrición*, 26(1), 26-39.
- López de Blanco, M., Machado, L., López, A. y Herrera-Cuenca, M. (2014). Los orígenes del desarrollo de la salud y la enfermedad en Venezuela. *Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría*, 77(3), 137-143.
- Méndez-Castellano, H. (1995). *Fundacredesa. Estudio nacional de crecimiento y desarrollo humano de la República de Venezuela. «Proyecto Venezuela»*. Caracas: Escuela Técnica Popular «Don Bosco», Vol I-II.
- Naciones Unidas. (2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015-ODS*. Nueva York, EE.UU.: ONU. Recuperado de <http://un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. (2019). *Informe de alerta temprana sobre seguridad alimentaria agricultura abril-junio*. Roma, Italia: FAO. Recuperado de <https://www.examenonuvenezuela.com/respuesta-humanitaria/>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO. (2017). *El Estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el Mundo 2017. Fomentando la resiliencia en aras de la paz y la seguridad alimentaria*. Roma, Italia: FAO. Recuperado de <http://www.fao.org/3/a-I7695s.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura-Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, FAO-UNICEF. (2019). *El estado de la seguridad alimentaria en el mundo 2019. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía*. Roma, Italia: FAO-UNICEF. Recuperado de <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura-Organización Panamericana de la Salud-Programa Mundial de Alimentos- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, FAO-OPS-WFP-UNICEF. (2019). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe 2019*. Santiago, Chile: FAO-OPS-WFP-UNICEF.
- Programa Mundial de Alimentos, PMA. (23 febrero de 2020). *Venezuela-Evaluación de seguridad alimentaria. Principales hallazgos*. Roma, Italia: FAO. Recuperado de <https://www.refworld.org.es/docid/5e56e2d34.html>

Proyecto Nodrina [@proyectoronodrina]. (7 de agosto de 2019). *Estado nutricional en niños menores de cinco años [tuit]*. Twitter. Recuperado de <https://twitter.com/proyectoronodrina> (Data en procesamiento)

Paajanen, T. A., Oksala, N. K., Kuukasjarvi, P. y Karhunen, P. J. (2010). Short stature is associated with coronary heart disease: a systematic review of the literature and a meta-analysis. *European Heart Journal*, 31(14), 1802-9. doi: 10.1093/eurheartj/ehq155

Red Agroalimentaria de Venezuela. (2019). *La situación agroalimentaria venezolana y sus salidas. Seguimiento de la situación agroalimentaria y de la población involucrada*. Caracas: Red Agroalimentaria de Venezuela. Recuperado de <http://edagroalimentaria.website/Proyecto/El%20Proyecto.html>

Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela, SISOV. (2012). *Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela*. Caracas: SISOV. Recuperado de <http://www.sisov.mpd.gob.ve>

The Lancet. (2018). Editorial: The collapse of the Venezuelan health system. *The Lancet*, 391(10128), 1331. Recuperado de [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00277-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00277-4/fulltext)