

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACION
VALENCIA-VENEZUELA

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESNUTRICION DE LOS ESCOLARES QUE CURSAN LA EDUCACION BÁSICA EN VENEZUELA

Dra. María Cazorla de Reyes

INTRODUCCIÓN

La desnutrición se encuentra presente principalmente en los países del Tercer Mundo, en donde constituye la patología más frecuente y es la causa más importante de mortalidad, cuya erradicación aumentaría la esperanza de vida en dichos países.

Es una enfermedad en donde intervienen varios factores que están relacionados con la deficiencia en el ingreso familiar, vivienda, salud, alimentación, educación, cultura y la estructura económica del sector agrícola; todo lo cual ha ocasionado actualmente tanto a nivel internacional, como a nivel nacional un verdadero problema de salud pública.

Los bajos ingresos económicos y el bajo nivel educativo de las familias de los estratos sociales bajos, repercute en el consumo de alimentos y en la estructura de la dieta que restringirá el consumo de calorías.

Por otra parte, las condiciones insalubres de la vivienda, la deficiente nutrición y los bajos ingresos en las familias de los estratos sociales bajo, condicionan en los niños los frecuentes y severos ataques de enfermedades infecciosas que origina un crecimiento y desarrollo defectuoso y una capacidad de aprendizaje reducida en la niñez; que posteriormente determinará un adulto con muy escasas oportunidades de mejorar su nivel social y superar su pobreza, de allí, que en un país, la injusticia social, da por resultado la desnutrición de sus habitantes.

Es de diagnóstico fácil, cuya prevención y terapéutica es sencilla, no requiere de equipos sofisticados y medicamentos novedosos y de hospitales complejos; tan sólo el consumo de una alimentación equilibrada en los niños y la dedicación y paciencia para prepararla y suministrarla como tienen las madres en todo el mundo.

En relación a la información sobre la desnutrición, se le ha dado poco énfasis en los currícula médicos y en los libros de texto y revistas a nivel nacional especialmente en aquellos cuyo punto central sean los siguientes: Factores socioculturales que inciden en el consumo. Influencia de la Propaganda de la industria de alimentos de consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos entre otros.

Así en vista de la escasez de material bibliográfico en relación al tema se decidió realizar esta recopilación de información esperando que sea de gran utilidad al público en general y en especial al personal de salud, como médicos, técnicos, nutricionistas y demás personal afín, como también al personal que se desempeña en el área educacional y social.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

La Organización de las Naciones Unidas para la agricultura y alimentación (F.A.O. 1993) establece que el hambre que sufren 700 millones de habitantes provoca terribles enfermedades; de ellos unos 15 millones se piensa morirán a causa de dicha enfermedad o como consecuencia de enfermedades producidas por la mala nutrición, además hace referencia a que hay unos 15 millones de niños menores de 15 años con desnutrición como consecuencia del déficit proteico-calórico adecuado (1).

En Venezuela, también esta situación se ha presentado, a partir de 1983 hubo una transformación de índole socio-económica, fue el momento cuando se comenzaron a evidenciar las injusticias y se generalizaron las informaciones referentes a las verdaderas magnitudes de la pobreza, a partir de ese momento se deteriora la calidad de vida del venezolano. (2)

En la última década, lo común ha sido un constante y progresivo aumento de la pobreza; a partir de 1990, el 61,5% de las familias venezolanas se encontraron en situación de pobreza y según la Fundación para un Centro de Estudios de la Población Venezolana (FUNDACREDESA, 1992), la situación fue que sólo el 20,92% de las familias se ubicaban en estratos altos y medios altos; es decir el 79,08% de las familias eran pobres (2).

Por otra parte, a nivel nacional, la realidad demuestra que en más de la mitad de la población venezolana, es evidente el descenso brusco de los salarios reales cada vez más insuficientes para llenar las necesidades básicas de disponibilidad y consumo de alimentos, salud, vivienda, educación y otras condiciones que implican el bienestar del individuo, de la familia y la sociedad, que favorecen el desmejoramiento progresivo del estado nutricional del país. (2).

La desnutrición no se presenta solamente como lesiones orgánicas o desequilibrios bioquímicos como lo señala Simón Veil, "más allá de su expresión corporal a menudo dolorosa, de su contenido afectivo y emocional, las enfermedades de la nutrición tienen un sentido, un significado social, como expresión patológica de las necesidades que las sufren y que nos afecta a todos" (3).

Las sociedades actuales se caracterizan porque la desigualdad, el poder y la utilización de los recursos están concentrados en la manos de una minoría, dejando a la gran mayoría sin medios para cubrir sus necesidades básicas, incluyendo una alimentación adecuada. En muchos países en vías de desarrollo, el 20% de la población que tiene las entradas más bajas sólo recibe la mitad de la energía por personas en términos de alimentos que el sector de altos ingresos, el cual representa sólo el 10% de la población (4).

La desnutrición está muy arraigada en la propia estructura de la sociedad, en parte resultado de la injusticia social; la disparidad en el nivel de alimentación de las diferentes clases socioeconómicas propicia además que se perpetúen estas desigualdades. En hogares pobres, la desnutrición está asociada a una serie de enfermedades causantes de una mortalidad muy elevada y que afectan especialmente la vida de los niños a una edad temprana. Para tratar de compensar estas pérdidas, las parejas tienen un gran número de hijos, el resultado es una familia numerosa que subsiste bajo condiciones ínfimas, en donde los niños supervivientes crecen en condiciones insalubres, víctima de una desnutrición crónica y de frecuentes y severos ataques de enfermedades infecciosas. Sus estímulos psicosociales, incluyendo la trascendental atención materna, son inadecuados. El resultado de esa maraña se traduce en crecimiento y desarrollo no acorde, con la capacidad de aprendizaje reducida en la niñez y lo más probable es que crecerá y se transformará en adultos con muy escasas oportunidades de superar su pobreza y mejorar su

nivel social (4), así en una nación la injusticia social da por resultado la desnutrición, que a su vez ayuda a que se perpetúe el sistema social imperante; ya que al carecer de una alimentación y de una salud cónsona equilibrada, las clases pobres no tienen ni la voluntad ni la habilidad mental y física para mejorar su condición. Como resultado todos los niveles de la sociedad y el país entero sufren las consecuencias (4).

Actualmente no se trata, de un deterioro social solamente, sino también de carácter biológico, que puede tener caracteres de gravedad extrema, pero sobre todo el marco social en que estos indicadores se mueven ha sufrido en los últimos años el desorden más grave en toda la historia de Venezuela. Los asaltos, atracos, muertes y atentados, junto al incremento de la prostitución juvenil y otros desajustes, prueban el grado de inseguridad al que se ha llegado (5).

No se puede desligar el problema alimentario y nutricional que hoy padece Venezuela del problema social y de pobreza en que aquél se enmarca. Muchos de los programas social-nutricional que hoy se ejecutan en el país son programas dirigidos a clases de mayor pobreza, pero no ayudan a la población a salir de ella (5).

La gran mayoría de estudiosos de la situación que vivimos, coinciden en afirmar, que se está embarcado en un preocupante proceso de empobrecimiento, que hace que cada día aumente el porcentaje de la población que se ubica en los estratos IV y V de la clasificación de Graffer modificado por Méndez Castellanos (6). (Ver Gráfico N° 1).

Los factores sociales que influyen en la ocurrencia de la desnutrición están relacionados con el ingreso, el nivel cultural de las madres, las condiciones higiénicas de la vivienda y con la alimentación y la salud; estos últimos presentan una gran variabilidad. Se ha encontrado que jerárquicamente en el proceso de la desnutrición interactúan las infecciones repetidas, especialmente las diarreas y el consumo inadecuado de alimentos; hecho evidenciable en los resultados de la encuesta realizada por el Proyecto Venezuela donde señalan que los niños en los estratos bajos se enferman de diarrea tres veces más que en los estratos altos (7,8).

De acuerdo a estos datos suministrados la incidencia de diarrea en niños de los barrios marginales de Caracas fue de dos episodios anuales, con una duración promedio de 6,4 días y un deterioro progresivo de su estado nutricional. Es por esto que en la etiología de la desnutrición se le da más importancia al proceso diarreico, hecho que es muy frecuente en los países en vías de desarrollo, donde las enteritis y diarreas aparecen dentro de las primeras causas de muerte (9).

En Venezuela, la desnutrición es un grave problema de Salud Pública. De acuerdo a los datos suministrados por el Instituto Nacional de Nutrición señalan que de 7.600.000 de niños menores de 15 años, el 25% tienen índices de desnutrición crónica y un 13% desnutrición aguda; o sea el 38% de los menores de 15 años padecen desnutrición en el país (10).

CAPÍTULO II

FACTORES CAUSANTES DEL PROBLEMA

Estructura y dinámica de la población

En Venezuela, según el Censo de Población y Vivienda (1990) la población registrada fue de 18.105.265 habitantes, caracterizándose por una alta tasa de natalidad de 29,9 por mil habitantes, y una baja tasa de mortalidad del 4,7 por mil habitantes, que dan como resultado una tasa anual de crecimiento de la población del 2,5%; pero quizás más importante desde el punto de vista nutricional es la estructura de la población venezolana; un 37,3% está compuesto por individuos

menores de 15 años, en un 58,7% por individuos entre 15 y 64 años y sólo un 4% de individuos de 65 y más años. El grupo que pertenece a la categoría 15 y 64 años, muestra un claro predominio poblacional de las mujeres sobre los hombres, y a su vez incluye un número significativo de mujeres embarazadas y en período de lactancia. Todo esto implica que una alta proporción de la población venezolana está compuesto por aquellos denominados grupos de alto riesgo nutricional, como son los niños preescolares, escolares, mujeres embarazadas y las que están en período de lactancia (11). (Ver Cuadro N° 1).

Las entidades donde predominan las mujeres son en primer lugar las que encierran mayor población en el país. Así, todas las entidades que poseen más de un millón de habitantes tienen un claro predominio del sexo femenino en su población, siendo también las que presentaron mayor grado de urbanización, encontrándose que el nivel de urbanización de acuerdo con la información del Censo (1990), se ha elevado a 84,1% (Ver Cuadro N° 1, 2, y Gráficos N° 1, 2, y 3 respectivamente) (11).

CUADRO 1
ESTRUCTURA DE EDAD DE LA POBLACION SEGUN SEXO, EDAD MEDIANA E
INDICE DE MASCULINIDAD. CENSOS 1990 -1950

SEXO Y GRUPOS DE EDAD: EDAD MEDIANA E INDICE: DE: MASCULINIDAD: 1990		CENSOS			
		1981	1971	1961	1950
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 - 14	37,3	40,0	45,0	45,7	42,0
15 - 64	58,7	56,5	52,0	51,7	55,4
65 Y MAS	4,0	3,5	3,0	2,6	2,6
HOMBRES	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 - 14	38,0	40,5	45,6	45,7	42,5
15 - 64	58,3	56,3	51,8	52,1	42,5
65 Y MAS	3,7	3,2	2,6	2,2	2,2
MUJERES	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
0 - 14	36,5	39,4	44,4	45,7	41,4
15 - 64	59,1	56,7	52,3	51,2	55,5
65 Y MAS	4,4	3,9	3,3	3,1	3,1
EDAD MEDIANA	21,1	19,4	17,2	17,4	19,1
INDICE DE MASCULINIDAD	99,3	100,0	99,6	103,2	102,8

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda

Esta tendencia creciente de urbanización aunado al hecho del creciente diferencial entre las áreas urbanas y rurales han llevado a que la población urbana tenga la mayor representación dentro del incremento total de la población, al punto que entre 1981 y 1990 ésta alcanzó el 99,6%; aspecto muy importante para el estado nutricional del país (11).

Trabajos recientes, ubican que a partir del 1992, el 80% de la población urbana se encuentra en niveles de pobreza con una prevalencia de desnutrición que alcanza el 18% de la población menor de 15 años; es de hacer notar que la deficiente disponibilidad de alimentos que actúa como condicionante de la desnutrición que se observa imperante en el país, es debida a una menor capacidad adquisitiva de sectores crecientes de la población para adquirirlos; unido a los cinturones de pobreza en los cuales viven que condicionan una preocupante situación nutricia en las áreas urbanas venezolanas (12).

CUADRO 2

El Censo 90 en Venezuela

CUADRO POBLACION POR SEXO E INDICE DE MASCULINIDAD, SEGUN GRUPOS DE EDAD, CENSO 1990

POBLACION GRUPOS DE: EDAD	TOTAL%					INDICE DE	
		HOMBRES	%	MUJERES	%	MASCULIN.	
TOTAL	18105265	100,0	9019757	100,0	9085508	100,0	99,3
0 - 4	2343059	13,0	1194896	13,2	1148163	12,6	104,1
5 - 9	2253798	12,4	1146087	12,7	1107711	12,2	103,5
10-14	2146994	11,9	1087702	12,1	1059292	11,7	102,7
15-19	1922514	10,6	968497	10,7	954017	10,5	101,5
20-24	1725187	9,5	858225	9,5	866962	9,5	99,0
25-29	1569542	8,7	772081	8,6	797461	8,8	96,8
30-34	1366694	7,5	671020	7,4	695674	7,7	96,5
35-39	1163580	6,4	570519	6,3	593061	6,5	96,2
40-44	887884	4,9	437768	4,9	450116	5,0	97,3
45-49	644217	3,6	318990	3,5	325227	3,6	98,1
50-54	544860	3,0	268059	3,0	276801	3,0	96,8
55-59	435339	2,4	213658	2,4	221681	2,4	96,4
60-64	375538	2,1	182223	2,0	193315	2,1	94,3
65 Y MAS	726059	4,0	330032	3,7	396027	4,4	83,3

Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda.

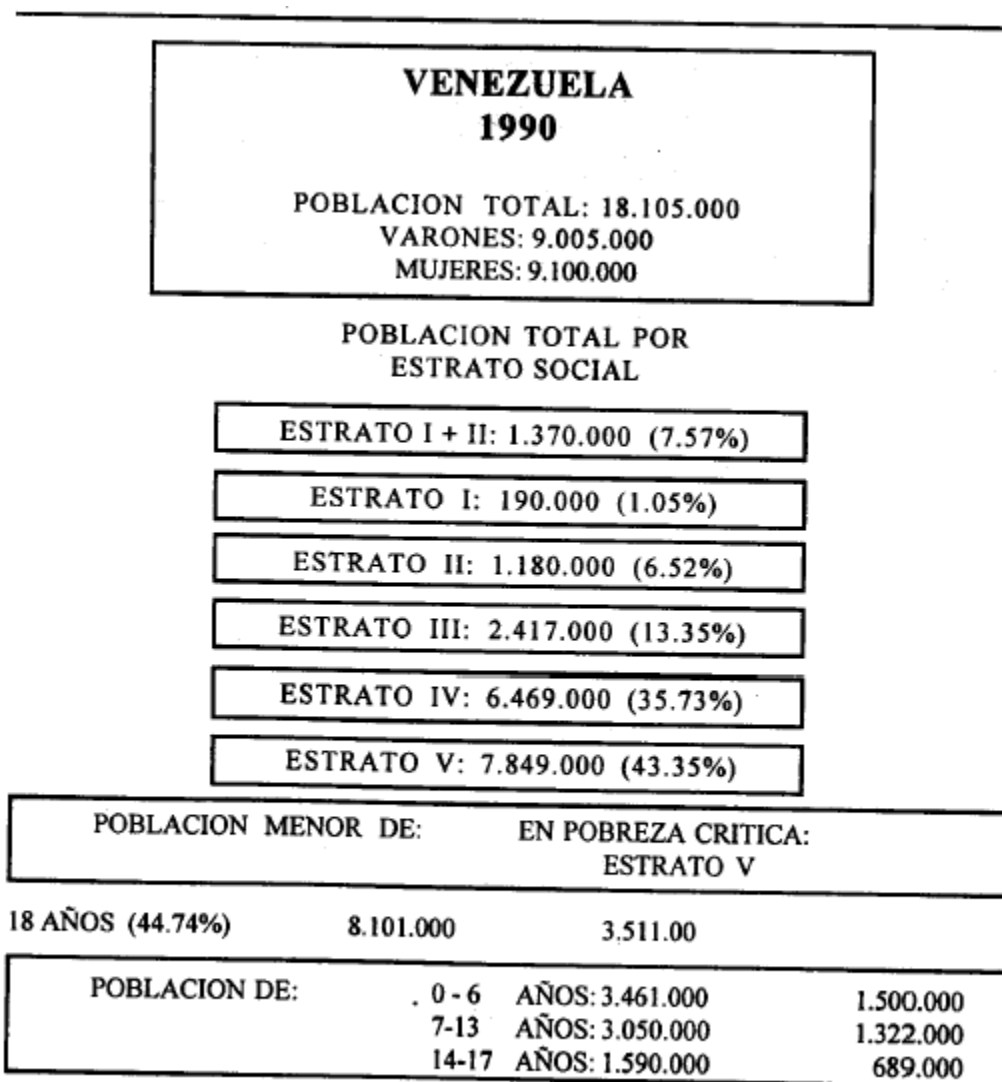
Distribución del Ingreso

Probablemente la variable socio-económica más importante relacionada con el estado nutricional es el ingreso familiar que determinará la capacidad para obtener alimentos, servicios de salud y educación. (13).

Bengoa, analiza una secuencia de adaptaciones que se cumplen en las poblaciones en situaciones de crisis. En primer lugar se produce una limitación en los gastos llamados suntuarios, que existen en cualquier presupuesto familiar. Luego se destina una mayor parte de ese presupuesto a la compra de alimentos. Esto se comenzó a observar en Venezuela entre 1979 y 1985, cuando el porcentaje promedio subió de 30 a 40%. Posteriormente se modifica el sistema de compras, dando preferencia a aquellos productos de predominio energético a costa de la calidad

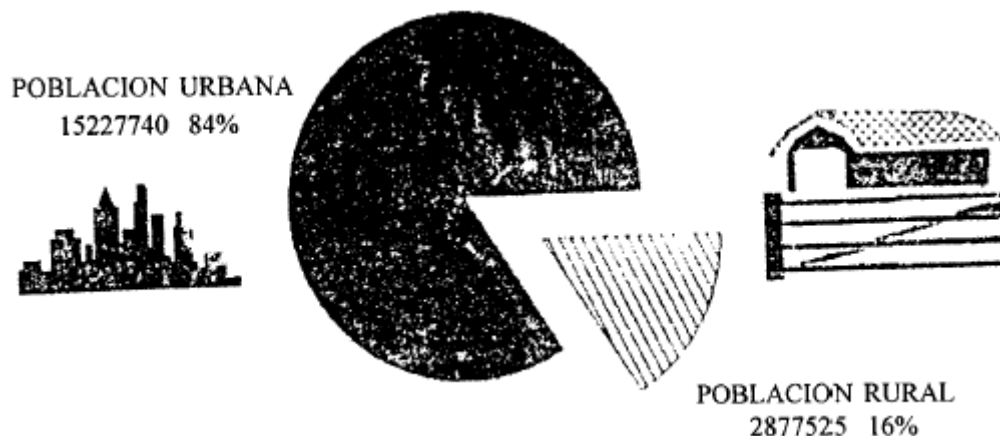
nutricional repercutiendo en la estructura de la dieta que finalmente restringe el consumo calórico total (14).

**GRAFICO No 1
METODO GRAFFAR MODIFICADO
POR HERNAN MENDEZ CASTELLANO**



FUENTE: FUNDACREDESA. División de Investigaciones sobre la población
O.C.E.I. XII Censo General de Población y Vivienda. 1990.

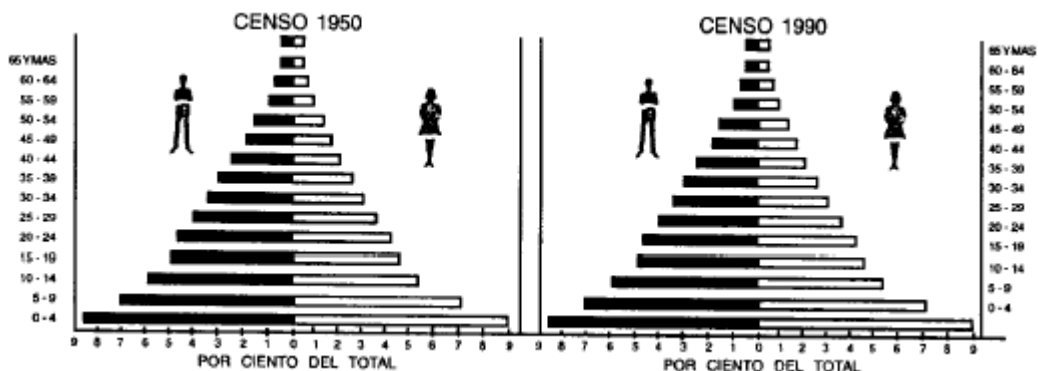
GRÁFICO N°. 2
GRÁFICO AREA URBANA Y RURAL CENSO 1990



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda.

A partir de 1986, los mismos factores que contribuyen a una disminución de la disponibilidad de alimentos inciden sobre la capacidad de consumo. La problemática económica que afectó la producción y las importaciones se reflejó inevitablemente en el presupuesto familiar a través de dos mecanismos. Por una parte, en términos absolutos, al disminuir los ingresos familiares y, por la otra, en términos relativos, al disminuir la capacidad de compra de ese dinero, debido al aumento de los precios que se produce en situaciones de características inflacionarias y ante una menor disponibilidad (Mayores precios ante una menor oferta) (14).

GRÁFICO N°. 3
GRÁFICO PIRÁMIDES DE POBLACION CENSOS 1950 – 1990



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda.

En los años siguientes, la disponibilidad calórica se acercó a 100 de adecuación, pero no mejoró la capacidad adquisitiva, por el contrario, empeoró, debido a que la tendencia alcista de los precios se mantuvo sin que se mejoraran los niveles de ingreso, en proporción suficiente, para compensar dichos aumentos (14).

Para 1989, la situación adquiere características dramáticas, la problemática económica de todos conocida agravada por las consecuencias de los hechos ocurridos en el mes de febrero, han afectado seriamente las posibilidades de abastecimiento alimentario (15), si bien hay un incremento global estimado del 22% en los sueldos y salarios, la inflación final promedio es de 84,5%.

El índice de precios para alimentos según datos del Banco Central de Venezuela aumentó en promedio 125,8% el mayor incremento reportado en los últimos 30 años (16). Basándose en datos de CORDIPLAN, se estima que las familias que no ganan lo suficiente para comer (pobreza extrema), pasan del 11,3% en 1988 al 30,1% en 1989 y al 33% en 1990, lo que representa aproximadamente 6 millones de habitantes (17).

Estimaciones gubernamentales establecen que la población venezolana pasó de gastar el 28,4% de sus ingresos en alimentación en 1981 al 48,1% en 1989 (17).

Estos datos señalan que uno de los rasgos más sobresalientes, de la economía venezolana de la década del 80, es la precariedad de la seguridad alimentaria nacional. Este hecho se evidencia tanto desde el punto de vista del abastecimiento por el impacto de la recesión económica y la aplicación del paquete macroeconómico de ajustes sobre el sistema agroalimentario como desde el punto de vista del acceso de la pobreza a los alimentos por la brusca caída de su poder adquisitivo (17).

Para 1994, el costo de la canasta normativa concertada de alimentos para una familia de 5 miembros fue de 17.707, una cantidad que representa el 58% del ingreso familiar promedio nacional del año 1993 (Bs. 30.802), sólo una quinta parte de las familias venezolanas tienen una capacidad para cubrir sus necesidades alimentarias básicas (2). Actualmente el 70% de la población gasta el 70% de sus ingresos en comida. (17).

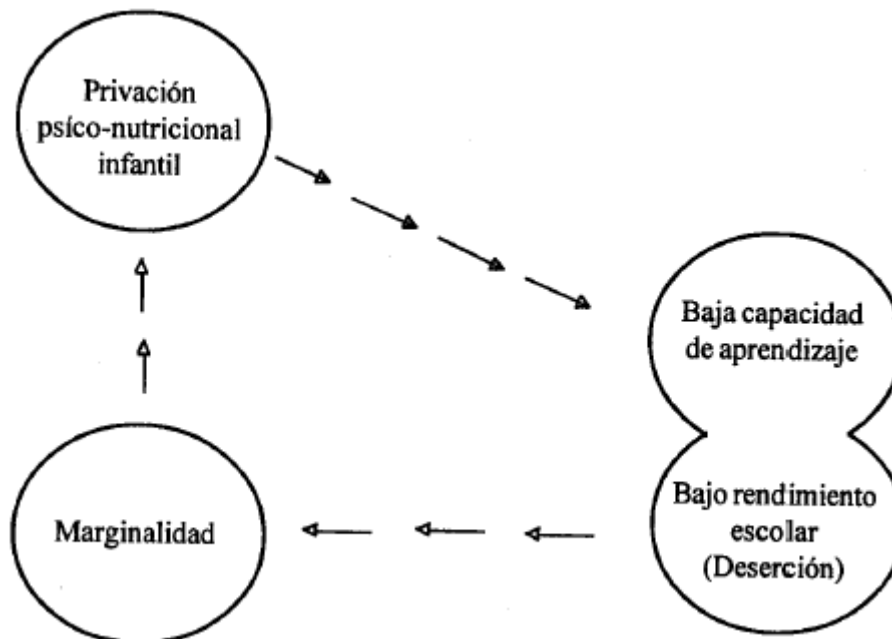
En cuanto a la distribución sectorial del ingreso familiar, el 70% se genera en el área urbana y sólo un 30% en el área rural. (11).

Es un hecho evidente que a partir de 1994, ha habido un deterioro profundo del ingreso real al igual que el de la disponibilidad y consumo de alimentos, lo que hace prever una desmejora progresiva del estado de nutrición y salud de la población venezolana, que influye en el aumento de los casos de desnutrición en el país (2).

La desnutrición afecta el nivel educacional de nuestra población, disminuye su capacidad de aprendizaje y predispone al niño a adquirir enfermedades durante períodos frecuentes, impidiendo así su asistencia a clases lo que implica para él un atraso en los estudios que suele terminar en deserción escolar. Este niño que deja los estudios antes de terminar la primaria será un futuro adulto destinado a percibir bajos ingresos, originando así un círculo vicioso. Los bajos ingresos y el bajo nivel educativo causarán un consumo inadecuado de alimentos, que a su vez originará la baja capacidad de aprendizaje (18). (Ver gráfico N° 4).

GRAFICO N°. 4

Interrelación entre privación psico-nutricional, educación y marginalidad



Fuentes: Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.

Por otra parte, la situación deficitaria que presenta nuestra institución educacional no permite la inserción del individuo en el sistema, lo que da por resultado un gran porcentaje de marginales educativos (18).

La situación educacional en el país es crítica, existen problemas en la comunidad escolar, entre los cuales tenemos conflictos entre los gremios educacionales, bajos salarios de los educadores, carencia de preparación de los maestros, problemas administrativos como excesiva burocracia en el gobierno y pocos recursos asignados al sector y, por último, existen problemas en cuanto a política educacional, que se manifiesta en una gran déficit de cupos y en la rigidez del sistema educativo que impide su adaptabilidad a las necesidades educacionales (18).

Esta pobreza educacional repercutirá en el desarrollo del país, como consecuencia de ello tenemos que para 1977, un millón doscientos mil jóvenes entre los 13 y 19 años tienen necesidad de trabajar sin contar con la educación adecuada para ello (18), mientras que para 1990, habían aproximadamente cuatro millones setecientos mil jóvenes que estaban en las mismas condiciones anteriormente dichas (12).

Vivienda

La afluencia creciente de grandes grupos de población que abandonan el campo para establecerse en viviendas improvisadas en los alrededores de las grandes ciudades, trae consigo el deterioro de los ya escasos núcleos de población rural, de tal manera que la marginalidad afecta no solamente a las áreas urbanas, sino también al sector público.

Las áreas marginales urbanas o rurales, se caracterizan por su ubicación física en pendientes de cerros, lechos de ríos, o bien en terrenos planos y en un ambiente deteriorado, carente de los servicios básicos como agua, luz, cloacas, asistencia médica, vigilancia policial, escuelas y

transportes. Las viviendas son generalmente construidas por sus moradores, son de tipo rancho y no integrados al proceso de desarrollo económico y social (19).

A su vez FUNDACREDESA (1992), establece que casi un 80% de las familias venezolanas están ubicadas en los estratos IV y V de la población. Estos estratos se caracterizan porque en ellos existen familias extendidas y muy numerosas, con bajos recursos económicos, altos porcentajes de carencia o presencia débil de la figura paterna, con aumentos de los porcentajes de trastornos de conducta condición que da lugar al hacinamiento, características de este tipo de familias y por otra parte, las mujeres de dichos estratos sociales presentan un bajo nivel cultural y de instrucción que propicia el incremento de los casos de desnutrición en el país (20).

Según la Fundación para la Comunidad (FUNDACOMUN, 1989), el incremento de barrios marginales en los últimos 10 años fue de un 105%, de modo tal que para 1989 se habían consolidado 3.799 barrios, con una población total de 7.849.000 habitantes que ha llevado al aumento de la marginalidad social, se estima que más de la mitad de la población vive en los cinturones de miseria de las grandes ciudades del país (21). Dicha población se ubica básicamente en el área Metropolitana de Caracas, región Centro Norte Costera y Zuliana del país. Estas regiones han sido favorecidas por la actividad petrolera e industrial y por las inversiones del Estado en obras de infraestructura. (21).

Las condiciones de vivienda están relacionadas con la salubridad del medio. Por lo mismo, el sistema de eliminación de excretas, de abastecimiento de agua y en general las condiciones higiénicas en que se vive, van a exponer en mayor o menor grado al individuo a la aparición de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (19).

Según el último Censo de Población y Vivienda (1990), se empadronaron un total de 4.104.503 viviendas familiares y se detectaron un total de 3.735.367 hogares donde existe un déficit estructural y funcional, ya que una parte importante de estas viviendas son consideradas inadecuadas, tal es el caso de las catalogadas como ranchos (540.690) y una parte de las viviendas clasificadas como casas, cuyas características físicas o carencia de servicios públicos las califica como inadecuadas, es decir más del 73%, no tienen agua, sin sistemas de eliminación de excretas, mientras que el 17% estaban construidas con materiales inadecuados; dicha situación no solamente agrava las condiciones nutricionales ya precarias de los marginales, sino también anula muchos de los esfuerzos del Estado para mejorar su condición nutricional a través de programas de educación en nutrición y alimentación, así como el uso de subsidios en alimentos básicos (11).

Estructura familiar

La estructura familiar del marginado será la base de la formación del individuo. Oscar Lewis habló de una subcultura de la pobreza cuyos indicadores, entre los cuales tenemos: subalimentación, bajos ingresos, bajo nivel educativo, carencia de organización social, política o económica, valores y conocimientos transmisibles por los grupos de poder, van a constituir todo un estilo de vida, en donde el individuo, como dice José Luis Vethencourt, "ha internalizado la miseria lo que conduce a un fracaso en el proceso de individualización, a una falta de conciencia crítica y a una marginación del sistema. Esta miseria está asociada a la situación deficitaria de la estructura familiar venezolana en la que sólo existe la presencia de la madre, conviven personas de diferentes grupos familiares y los hijos no tienen un mismo padre, entre otras manifestaciones de irregularidades. La organización familiar actuará negativamente a nivel individual e

interpersonal y dará como producto una persona pasiva, con falta de coherencia individual, y con una serie de trastornos en su conducta"(22).

Con respecto a la familia, encontramos que en Venezuela, el abandono del hogar por los padres es alarmante. La desintegración familiar, presente en los estratos sociales bajos, contribuye a generar una serie de trastornos en la conducta que se manifiesta en neurosis, delincuencia y alcoholismo entre otros. Dicha situación es crítica, ya que la familia constituye la base para el buen desarrollo del niño (23) (26).

Por otra parte, las deficiencias en ambiente, vivienda, salud, educación, nutrición y cultura, que tienen las familias en situación de pobreza crítica, condicionan la existencia de los pocos estímulos psicosociales en el bajo rendimiento que muestran en las pruebas de inteligencia (23).

Por su parte FUNDACREDESA, refiere que las madres de las clases marginales, por la ausencia de recursos económicos, falta de tiempo para dedicarlo a sus hijos y por ser mujeres carentes de instrucción, descuidan la salud de sus hijos y su buena alimentación propiciando el incremento de los casos de desnutrición en el país. (23).

De todas formas, las familias han resistido las explosivas subidas de los precios de los productos básicos con una serie de sacrificios que van desde la disminución de los ahorros, renuncia a gastos no vitales (vestidos, viajes, etc), el aprovechamiento al máximo de la comida ya preparada, el cambio en la estructura de la dieta, la adquisición de alimentos que al mismo costo proporcionan mayor valor energético, dedicación de mayores proporciones al gasto en alimentación y, finalmente, disminución del consumo energético, con riesgos evidentes para su salud y para la productividad (Véase Gráfico N° 5) (5).

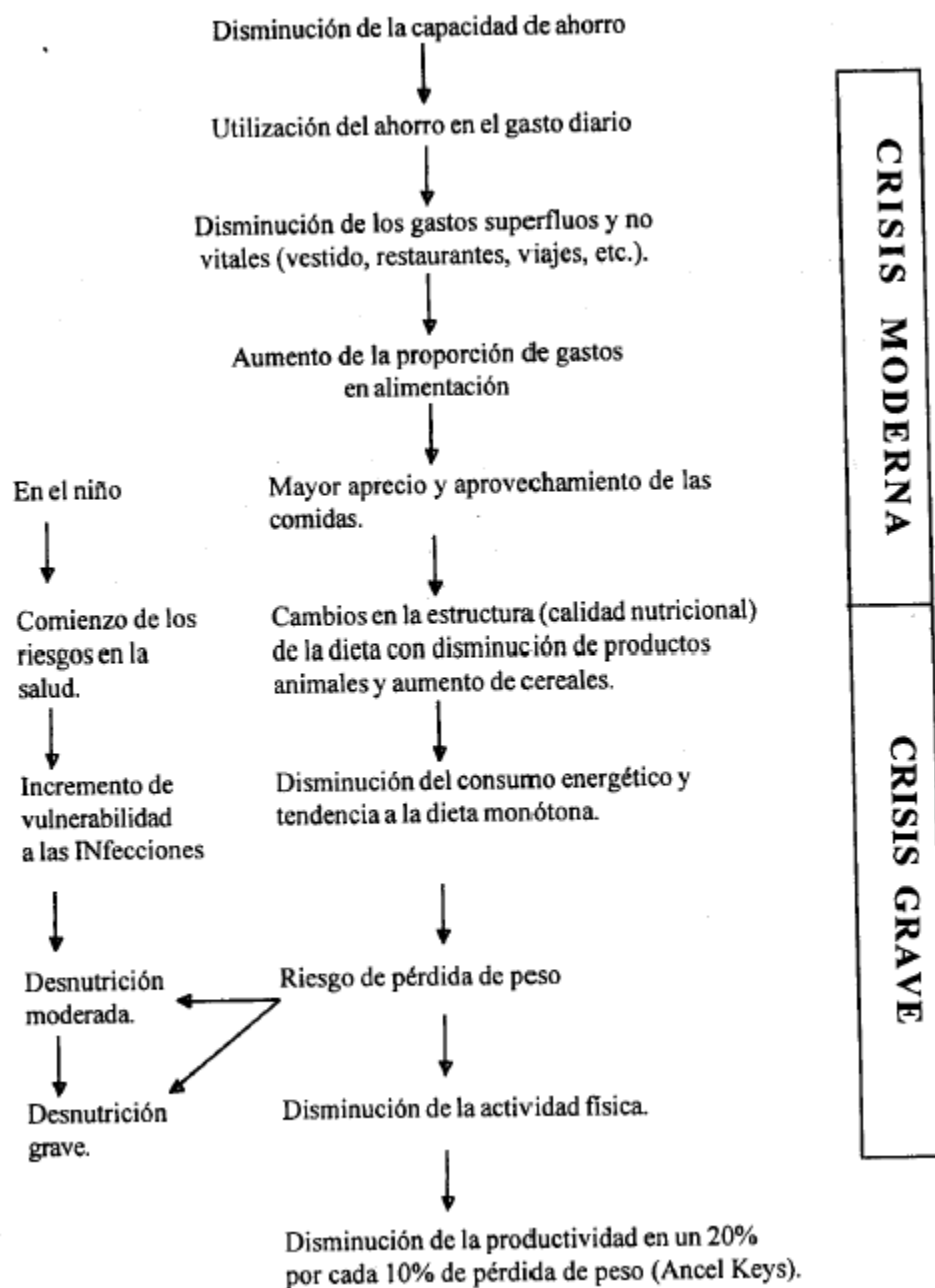
También el estímulo familiar es de suma importancia para el crecimiento y desarrollo normal del niño; algunos autores afirman que una relación estimulante madre-niño; promueve una nutrición normal, incluso cuando se tiene una alimentación inadecuada, incluso afirmar que un funcionamiento deficiente en la relación madre-niño disminuye las ventajas de una nutrición apropiada (24).

Cravioto, en México, demuestra también que la estimulación es un factor determinante que altera el desarrollo nutricional del niño, el encontró que los desnutridos crecen en ambientes con bajos porcentajes de estimulación, mientras que los no desnutridos provienen de ambientes con altos porcentajes de estimulación (25).

Dehollain, establece que la realidad demuestra que más de la mitad de la población venezolana no cuenta con los recursos suficientes para llenar las necesidades básicas de alimentación, salud, vivienda, educación y otras condiciones que implican el bienestar del individuo, de la familia y de la sociedad (26).

GRÁFICO No. 5

Secuencia de los posibles cambios en período de crisis a nivel microeconómico



Fuente: Anales Venezolanos de Nutrición. Fundación Cavendes.

- Salud

Situación nutricional

Los indicadores antropométricos reportados en una muestra de 18.096 niños menores de 8 años para el año 1989, establecen que la proporción de niños normales con el indicador peso para la

talla fue de aproximadamente 78% para todos los estratos mientras que, la variabilidad fue mayor para los otros indicadores. Es así como en talla para la edad, la proporción de normalidad varió desde 82% en los estratos más altos, hasta 69% en el estrato v, la prevalencia de déficit por peso para la talla en el estrato IV, fue de 9,6%, mientras en el estrato V el déficit por peso talla, fue de 12,84% (27). (Cuadro No 3, 4 y 5).

CUADRO No. 3

Evaluación nutricional por los indicadores antropométricos ESE I + II + III por regiones.

Entidad Federal	Total Casos	SN		N		BN		ZC		Leve		Moderado		Grave	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
PESO TALLA															
VZLA.	2267	363	15,98	1736	76,64	168	7,37	132	5,42	28	1,22	5	0,22	12	0,52
RZ	458	93	20,30	333	72,48	33	7,20	23	5,02	8	1,74	1	0,21	1	0,21
RCO	346	51	14,74	268	77,45	27	7,80	19	5,49	4	1,16	2	0,58	2	0,58
RNO	389	45	11,56	303	77,89	41	10,53	28	7,19	7	1,79	2	0,51	4	1,02
RA	250	39	15,60	189	75,60	22	8,80	15	6,00	3	1,20	0	0,10	4	1,60
AM	1006	151	15,01	789	78,43	66	6,56	53	5,27	9	0,89	1	0,10	3	0,30
TALLA EDAD															
VZLA	2267	208	9,18	1869	82,43	190	8,38	147	6,42	39	1,72	3	0,13	1	0,04
RZ	458	33	7,20	382	83,04	43	9,38	34	7,42	9	1,96	0	0,00	0	0,00
RCO	346	36	10,40	272	78,61	38	10,98	28	8,90	9	2,60	0	0,00	1	0,29
RNO	389	35	8,99	332	85,34	22	5,65	13	3,34	7	1,79	2	0,51	0	0,00
RA	250	14	5,60	217	86,80	19	7,60	15	6,00	3	1,20	1	0,40	0	0,00
AM	1006	109	10,83	821	81,61	76	7,55	60	5,96	14	1,39	2	0,20	0	0,00
PESO EDAD															
VZLA	2267	316	13,39	1724	76,04	227	10,01	171	7,54	54	2,38	2	0,08	0	0,00
RZ	458	67	14,62	348	75,98	43	9,38	33	7,20	8	1,74	2	0,43	0	0,00
RCO	346	47	13,58	254	73,41	45	13,00	36	10,40	9	2,60	0	0,00	0	0,00
RNO	389	50	12,85	299	76,86	40	10,28	31	7,96	9	2,31	0	0,00	0	0,00
RA	250	27	10,80	193	77,20	30	12,00	25	10,00	5	2,00	0	0,00	0	0,00
AM	1006	150	14,91	755	77,02	81	8,05	52	5,16	29	2,88	0	0,00	0	0,00

SN = Sobre Norma N = Normal BN = Bajo la norma ZC = Zona crítica

Fuente: Anales Venezolanos de Nutrición. Fundación Cavendes.

CUADRO No. 4

Evaluación nutricional por los indicadores antropométricos ESE IV por regiones

Entidad Federal	Total Casos	SN n %	N n %	BN n %	ZC n %	Leve n %	Moderado n %	Grave n %
PESO TALLA								
VZLA.	7324	878 12,03	5745 78,41	701 9,56	515 7,04	129 1,76	9 0,12	48 0,63
RZ	1408	2161 5,34	1056 75,00	136 9,65	99 7,03	33 2,34	2 0,14	2 0,14
RCO	1735	195 11,24	1369 78,90	171 9,86	120 6,91	36 2,07	3 0,17	12 0,69
RNO	1076	83 7,71	856 79,55	137 12,73	110 10,22	17 1,57	3 0,27	7 0,65
RA	806	86 10,67	638 79,16	82 10,17	63 7,82	13 1,61	0 0,00	6 0,74
AM	1758	231 13,14	1416 80,55	111 6,31	80 4,55	19 1,08	1 0,06	11 0,62
TALLA EDAD								
VZLA.	7324	471 6,47	5658 77,25	1195 16,27	776 10,57	372 5,05	38 0,52	9 0,12
RZA	1408	86 6,10	1024 72,72	298 21,16	171 12,14	105 7,45	17 1,21	5 0,35
RCO	1739	107 6,17	1330 76,66	298 17,17	186 10,72	99 5,70	11 0,63	2 0,11
RNO	1076	63 5,85	863 80,20	150 13,94	102 9,47	45 4,18	1 0,09	2 0,18
RA	806	61 7,57	625 75,54	120 14,89	77 9,55	41 5,09	1 0,12	1 0,12
AM	1758	100 5,69	1413 80,37	245 13,93	182 10,35	60 3,41	3 0,17	0 0,00
PESO EDAD								
VZLA.	7324	660 9,01	5368 73,29	1296 17,69	886 12,09	393 5,36	16 0,21	1 0,01
RZ	1408	151 10,72	947 67,25	310 22,01	205 14,55	100 7,10	5 0,35	0 0,00
RCO	1735	154 8,87	1272 73,31	309 17,80	209 12,04	96 5,53	4 0,23	0 0,00
RNO	1076	65 6,04	800 74,34	211 19,60	153 14,21	55 5,11	3 0,27	0 0,00
RA	806	62 7,69	595 73,82	149 18,48	103 12,77	43 5,33	3 0,37	0 0,00
AM	1758	171 9,72	1360 77,36	227 12,91	157 8,93	68 3,86	1 0,05	1 0,05

CUADRO No. 5

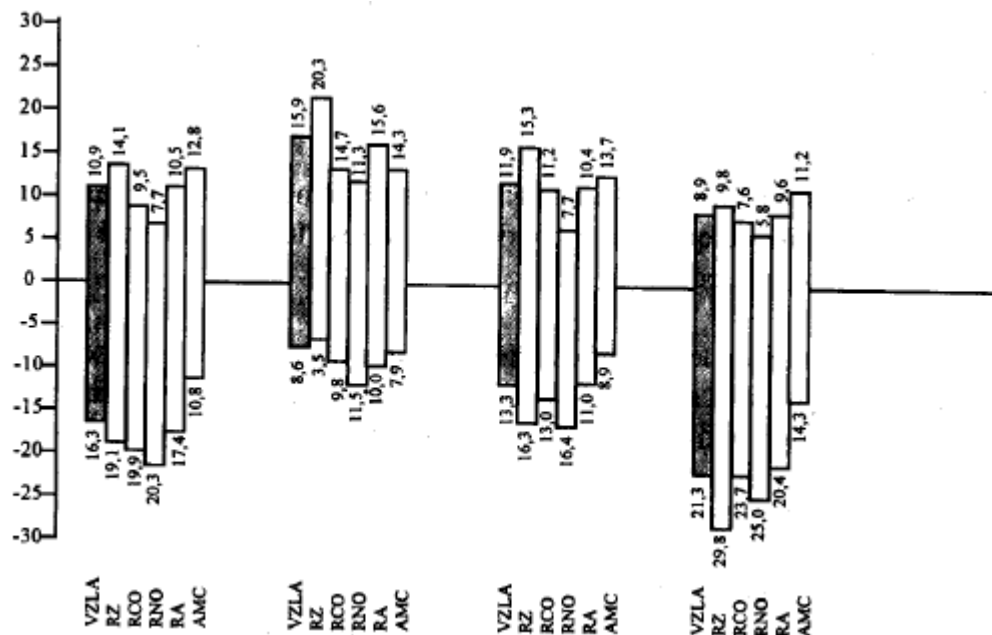
Evaluación nutricional por los indicadores antropométricos ESE V por regiones

Entidad Federal	Total Casos	SN n %	N n %	BN n %	ZC n %	Leve n %	Moderado n %	Grave n %
PESO TALLA								
VZLA.	8030	718 8,94	6282 78,23	1030 12,82	711 8,85	243 3,02	27 0,33	49 0,61
RZ	782	67 8,57	592 75,70	123 15,73	79 3,84	30 3,83	9 1,15	5 0,64
RCO	1985	144 7,25	1587 79,95	254 12,79	179 9,01	56 2,82	9 0,45	10 0,50
RNO	1683	117 6,95	1297 77,06	269 15,98	192 11,40	63 3,74	2 0,11	12 0,71
RA	1487	144 9,68	1153 77,54	190 12,78	139 9,35	42 2,82	0 0,00	9 0,61
AM	1734	196 11,30	1381 79,61	157 9,05	107 6,17	40 2,30	2 0,11	8 0,46
TALLA EDAD								
VZLA.	8030	410 5,11	5532 68,89	2088 26,00	1439 14,18	808 10,06	119 1,48	22 0,27
RZA	782	51 6,52	470 60,10	261 33,37	114 14,58	118 15,04	24 3,07	5 0,64
RCO	1985	91 4,58	1273 64,13	621 31,28	317 15,97	246 12,39	48 2,42	10 0,50
RNO	1683	83 4,93	1432 67,26	468 27,80	254 15,09	182 10,81	23 1,36	9 0,53
RA	1487	63 4,24	1042 70,07	382 25,69	233 15,67	132 8,88	15 1,01	2 0,13
AM	1734	88 5,07	1341 23,33	305 17,59	180 10,38	110 6,34	12 0,69	3 0,17
PESO EDAD								
VZLA.	8030	443 5,51	5407 67,33	2180 27,44	1319 16,42	800 9,96	60 0,74	1 0,01
RZ	782	44 5,62	461 58,95	277 35,42	154 19,69	105 13,42	18 2,30	0 0,00
RCO	1985	99 4,98	1283 64,63	603 30,37	350 17,63	239 12,04	14 0,70	0 0,00
RNO	1683	75 4,45	1053 62,56	555 32,97	327 19,42	211 12,53	15 0,89	0 0,11
RA	1487	72 4,84	1024 68,86	391 25,29	239 16,07	145 9,75	7 0,47	0 0,00
AM	1734	124 7,15	1287 74,22	323 18,62	209 12,05	110 6,34	4 0,23	1 0,00

Fuente: Anales Venezolanos de Nutrición. Fundación Cavendes.

La evaluación final con la combinación de indicadores evidenció un déficit nutricional en los estratos altos y medio de 8,8% en el estrato IV de 14% y de 21% en el estrato V (Véase gráfico 6) (27).

Evaluación nutricional en niños menores de 8 años. Combinación de indicadores Proyecto Venezuela -Fundacredesa 1989



Fuente: Anales Venezolanos de Nutrición. Fundación Cavendes.

Los problemas nutricionales manifestados a partir de 1990 en Venezuela, son la desnutrición crónica que como causa de mortalidad ha venido bajando en los últimos 50 años y que actualmente se ha revertido la curva subiendo a 88 muertos anuales, le siguen la desnutrición aguda que se manifiesta por una talla baja en los niños y, poca capacidad funcional, lo que trae como consecuencia un bajo rendimiento escolar y por último la desnutrición por deficiencias de micro nutrientes (28).

En Venezuela, la malnutrición, tanto en déficit como en exceso, parece estar determinada por factores socioeconómicos y culturales, es así como la desnutrición aumenta a medida que se descende en la escala social, independientemente del indicador (29).

Efectivamente, los niños venezolanos presentan diferencias en su crecimiento asociados a factores sociales, sectores urbano-rurales y geográficos, como se evidencia en los resultados del Proyecto Venezuela. A los 7 años, los niños de los estratos altos superan 7 cm en talla y en 4 kg a los del estrato más pobre, mientras que las niñas superan en 4 cm y en 2 kg a los del estrato más pobre (Gráfico N° 7). De manera similar, los niños urbanos superan a los rurales en 2,7 cms y 2 kg en talla y peso respectivamente (30).

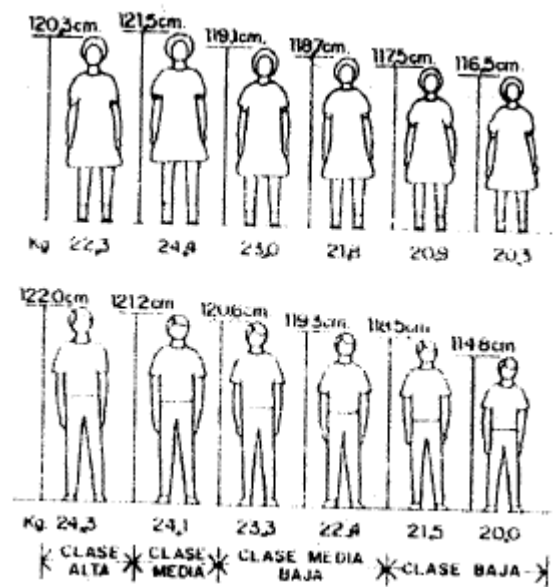
Estas diferencias que se inician en edades tempranas persisten en la edad adulta, de modo que el hombre de los estratos altos supere en 4 cm y 8 kg al del estrato más pobre (31) (32).

El incremento de la cantidad de niños que nacen con bajo peso (2 kg 500 gramos) y de talla mínima (48 cm) al momento del parto, así como también de un elevado número de lactantes desnutridos debido a que sus madres no le dan leche materna y afirma que en el país el 20% de los niños en edad preescolar sufre de desnutrición crónica (33).

La desnutrición crónica que se caracteriza por una talla para la edad baja y un peso para la talla adecuado, es más frecuente al descender la escala social. En el estrato IV, de cada 100 niños, 18 tienen menos estatura que lo normal y 17 crecieron menos de lo previsto en sus genes (23).

Mientras en el estrato V y en el área rural, de la población, 25 a 30 de cada 100 niños, presentan un déficit de crecimiento, como resultado de condiciones ambientales inadecuadas y en especial, por el efecto combinado de infecciones repetición e ingesta deficiente de nutrientes. (23). La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años ha descendido en el mundo hasta cifras inferiores a 30 mil, aun cuando permaneciera alta en muchos países en vías de desarrollo (21). Según datos aportados por el Instituto Nacional de Nutrición, (INAN), uno de cada tres niños entre 2 y 14 años que acuden a los centros asistenciales han sufrido desnutrición de algún tipo. Un 13% de ellos padece desnutrición actual y un 30% desnutrición crónica. En cuanto a los menores de dos años, el 13% está desnutrido (10).

GRÁFICO N° 7
Peso y talla según clase social 7 años de edad



Fuente: FUNDACREDESA 1991.

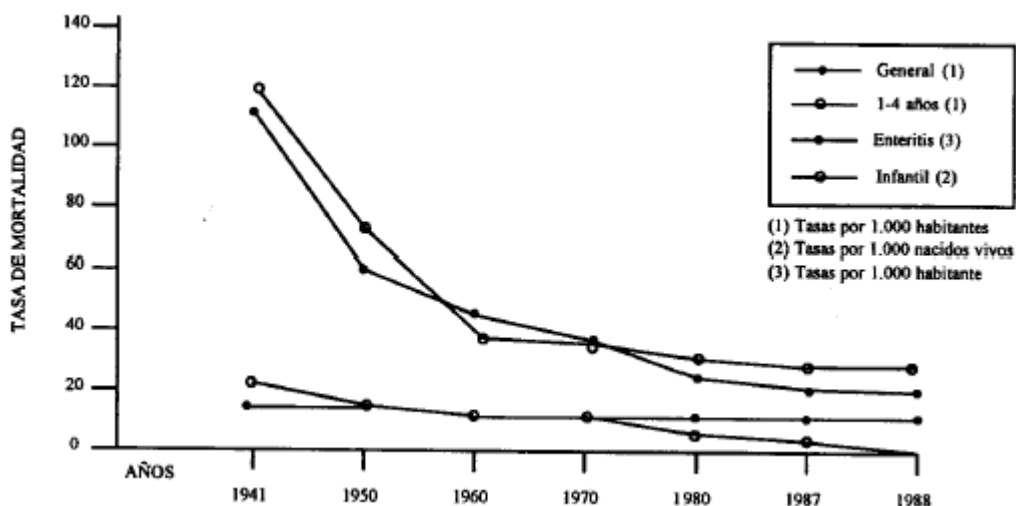
Las estadísticas de salud señalan que el descenso de las tasas de mortalidad infantil se detuvo a partir de 1987 (Ver gráfico N° 8) (34).

La mortalidad por deficiencia nutricionales asciende a partir del 1983, y en especial con el grupo de 1-4 años. En ese año dicha causa de muerte ocupó el sexto lugar, pero pasó al cuarto en 1987 (Gráfico 9) (34).

La desnutrición crónica es la más frecuente en los niños venezolanos, con un déficit en talla para la edad y un peso para la edad muy semejante, mientras que la desnutrición aguda, medida por el indicador peso para la talla, es epidemiológicamente menos importante en todo el país. La disminución de la estatura se asocia a una malnutrición pasada o crónica y el peso para la talla bajo, se asocia a una desnutrición aguda o actual (27), de modo tal que estos dos indicadores miden momentos distintos de la malnutrición. Los niños recuperados de una desnutrición severa, de un proceso infeccioso, o en poblaciones donde se han encontrado variaciones estacionales en el crecimiento, la velocidad de crecimiento en estatura se recupera meses después que la velocidad de peso, de modo tal que, muchos niños sobrevivientes a una desnutrición quedan con una talla baja y con un peso para la talla normal o alta (27).

GRÁFICO N° 8

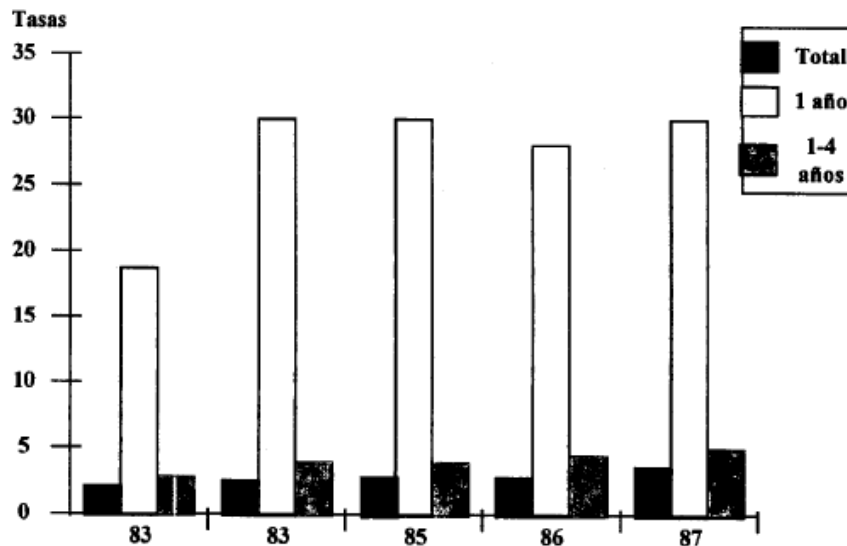
Evolución de las tasas de mortalidad en Venezuela en las últimas cinco décadas



Fuente: Anuario de Epidemiología y Estadísticas Vital. M.S.A.S.

Muchos trabajos muestran la asociación entre el retardo de crecimiento en talla, la pobreza y condiciones ambientales inadecuadas en los países en vías de desarrollo, así como también las diferencias significativas en el crecimiento de acuerdo al estrato social (27). Más aún, el ingreso de la familia y las condiciones de la vivienda están inversamente relacionados con la talla baja, pero esta asociación no es lo suficientemente fuerte como para afirmar, que ellos por sí mismo la producen (35). De esta manera en los países con desequilibrios socioeconómicos importantes, la baja estatura viene a ser la expresión fenotípica de una desnutrición pasada.

GRÁFICO N°. 9
Mortalidad por deficiencias de la nutrición por grupos de edad*



Fuente: M.S.A.S. Anuario de Epidemiología y Estadística Vital.
*** Tasas calculadas por 100.000 nacidos vivos registrados**

En los resultados para Venezuela, se encuentra que la proporción de niños con una talla para la edad baja, disminuye a medida que se asciende en el estrato social, mientras que la proporción de niños con una talla para la edad alta, es mayor en los estratos sociales de mayores recursos (27). En la evolución nutricional por regiones se identifican desequilibrios importantes, como son las mayores prevalencias de desnutrición en los estratos bajos de las regiones Zuliana, Centro Occidental, Nororiental y Andina en comparación con el Area Metropolitana de Caracas. Esto parece estar relacionado con las características socioeconómicas y de salubridad que imperan en estas regiones, Es así como en el área Metropolitana de Caracas el 24,5% de la población se ubica en el estrato más pobre, la mortalidad infantil es de 18,5 por mil habitantes y la media de habitantes por hogar es de 4,5 mientras que, en el otro extremo aparece la región Centro Occidental con 46,4% de la población en extrema pobreza, una mortalidad infantil de 44,9 por mil y una media de 5,6 habitantes por hogar. A esto se añade que en los estratos bajos concurren otra serie de factores negativos que contribuyen a mantener las altas prevalencias de desnutrición como son entre otros, condiciones de vivienda inadecuada, bajo nivel educativo de la madre, malos hábitos de vida, limitaciones económicas y servicios de salud no cónsonos (27).

Sistemas de atención Médica

En Venezuela, existen una serie de instituciones públicas dedicadas a la asistencia médica de los cuales el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social y el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (I.V.S.S.) atienden aproximadamente el 92% de la población. Además de estos, existen otra serie de entidades estatales y municipales. Dichas instituciones de salud se caracterizan por una falta de coordinación entre sí, deficiencia de equipos y de asignación de recursos para el mantenimiento de los hospitales lo que causa el deterioro progresivo de los servicios públicos asistenciales (36).

Los sistemas de atención médica en los países del Tercer mundo e inclusive en el país, son notoriamente insuficientes para atender las necesidades o la demanda de atención de salud, de la población rural y los marginados urbanos que son los grupos donde se encuentra con más frecuencia la desnutrición. Un requisito básico para acceder al sistema de atención médica, especialmente en los países con economía de mercado o mixtas, es la capacidad de pago de los individuos o su grado de organización político-reivindicativa que suelen andar juntas. Esto automáticamente sesga toda posibilidad de medir la magnitud de la morbilidad por desnutrición, ya que quienes carecen de estas prerrogativas en la sociedad son a la vez los más desnutridos (37).

Solucionar este problema de las estadísticas de morbilidad significaría resolver a la vez el problema estructural de la mala cobertura de los sistemas de atención médica. La cobertura de estos sistemas no está aumentando y puede inclusive estar disminuyendo, especialmente en aquellos países, inclusive Venezuela donde la crisis financiero-política es mayor y en los cuales a su vez la desnutrición está probablemente registrando sus mayores aumentos. Es improbable pensar que esta limitación estructural de los sistemas tenga solución, a la luz de la evolución de la crisis que azota al mundo (37).

Las estadísticas de morbilidad con respecto a la desnutrición son de naturaleza conceptual, y tiene que ver con el hecho de que el saber médico convencional, que es el que diagnóstica a los enfermos y el que diseña las estadísticas de salud, suele no considerar a la desnutrición como una enfermedad que merezca ser diagnosticada y registrada; ya que dicha enfermedad no sólo es causada por un agente biológico, del tipo de un microbio o virus, sino también influyen la pertenencia de clase del enfermo, su situación nutricional, características de su vivienda, hábitos y su situación psíquica; de allí su carácter masivo en la población que puede configurar normalidad para un médico que ha sido entrenado para considerar como normal a lo usual y como patológico a lo que se separa de esto, de acuerdo con la curvas de Gauss que describen fenómenos homeostáticos como lo que le enseñaron en fisiología; en la causación de la desnutrición intervienen factores elementales de organización social, política y económica, hacia los cuales los médicos se sienten incómodos pues no encuadran con su formación de tipo biólogo, no es de extrañar que el saber médico haya tratado ambiguamente a la desnutrición, como lo prueba el poco énfasis que se da a ella de los currícula médicos y en los libros de texto y revistas que reproducen el saber (37).

De esta forma un médico que pretende diagnosticar a un enfermo desnutrido, que muy rara vez puede observarse como tal, ya que el desnutrido en la mayoría de los casos ignora o acepta críticamente su situación, y suele consultar por la enfermedad infecciosa o parasitaria que coexiste con la desnutrición y se potencia en ella, va a centrar su atención en la enfermedad infecciosa hacia la cual se dirigió su capacidad y en la cual presuntamente la industria de la salud y la infraestructura sanitaria ofrecen remedios eficaces. El desnutrido diarreico, el desnutrido pulmonar, el desnutrido parasitado que tienen suerte de acudir a consulta, van a ser registrados por los médicos y este registro va ser transmitido por el sistema estadístico oficial, como casos de diarrea, patología pulmonar o parasitosis, reforzando así tautológicamente el desconocimiento institucional de la desnutrición (37).

Por otra parte, tenemos el subregistro de muerte que es más marcado en los grupos de población rural, marginados del proceso económico y niños donde la desnutrición es más prevalente y el hecho que las muertes de desnutridos que sí se registran no suelen ser certificadas por médicos, porque generalmente no entran dentro del sistema de atención médica (37).

Por último, las estadísticas de morbilidad y mortalidad tal como existen ahora no arrojará ninguna solución, ya que los problemas de estos son de naturaleza estructural, y son independientes de los recursos que se vuelquen en ellas. Los países en donde la desnutrición es más marcada heredaron de sus antiguos ocupantes coloniales o de sus inspiradores europeos, sistemas de registro estadístico que son absolutamente inadecuado para medir la desnutrición que es sólo uno de sus problemas sociales (37).

A nivel individual

Canal, explica que, la desnutrición mientras más temprano ocurre mayor daño cerebral produce, por lo cual aquellos niños desnutridos en útero y en general los que sufren de desnutrición antes de dos años de edad, presentan interrupción del proceso de desarrollo y organización cerebral y pueden provocar alteraciones y daños cerebrales que dejan secuelas en el niño, pues los procesos de migración y diferenciación de células neuronales son la base de lo que será el aprendizaje y la conducta posterior del individuo, el resultado de estas alteraciones es un cerebro disminuido en cuanto a la cantidad de neuronas y al número de diferenciaciones, y eso produciría problemas de aprendizaje del niño y de la capacidad para integrar la información que proviene del medio. Las carencias de esos niños no sólo nutricionales sino también ambientales, pues por lo general carecen también de estímulos y de afecto en su ambiente, con lo cual no sólo se produce un retraso en el desarrollo cerebral y físico sino también en las áreas referidas al lenguaje, pensamiento y la inteligencia (38).

Lamentablemente, concluye Canal, los niños que sufrieron de desnutrición en el útero o en algún momento crítico antes de los 2 años, tienen antecedentes muy malos y corren gran riesgo de tener problemas de aprendizaje e incluso algunos pueden haber sido afectados por alteraciones cerebrales tan severas que ni siquiera la mejor de las rehabilitaciones permita recuperar (38).

En fin, es muy difícil separar al aspecto socio-cultural del factor nutricional para explicar la relación desnutrición y bajo desarrollo cognoscitivo; por esto, podríamos decir que la privación psiconutricional genera baja capacidad de aprendizaje y ésto, a su vez marginalidad, cerrándose así un círculo vicioso del cual es difícil salir si no se toma en cuenta la relación existente entre nutrición y experiencias sociales del niño (38).

Estudios hechos en niños con bajo peso al nacer o retardo en el crecimiento intrauterino, demostraron que presentaban trastornos de conducta y un bajo rendimiento escolar (39). También se ha demostrado que la desnutrición severa durante el primer año de vida retarda el crecimiento físico y produce retardo mental (40). Estos niños presentan bajo funcionamiento intelectual y una disminución en los mecanismos básicos para el aprendizaje, es decir; la escritura y el lenguaje y, además, son menos capaces para integrar la información que proviene del medio (40).

La reversibilidad en el desarrollo cognoscitivo es probablemente una función de la severidad, de la duración y de la edad en la cual ocurre la desnutrición. No podemos separar la falta de estimulación psico-social en los momentos críticos para el aprendizaje así como la motivación individual, de la deprivación nutricional y sus consecuencias en el desarrollo cognoscitivo del niño. Pero si podemos asegurar que la deprivación psiconutricional repercutirá en una baja capacidad de aprendizaje y en una baja productividad del adulto (39).

Por otro lado, las consecuencias de la desnutrición temprana en el crecimiento físico del niño son irreversibles, lo que origina una población de baja talla y bajo peso. En estudios hechos en Guatemala se demostró que la asociación diarrea y desnutrición producía retardo en el crecimiento de niños rurales (41). En consecuencia tenemos un niño con un desarrollo físico y

psíquico inadecuado, debido a una mala nutrición. En Venezuela, los estudios sobre crecimiento y desarrollo nos muestran que existe una tendencia secular definida en cuanto al aumento en talla de niños y niñas y la menarquía más temprana en niñas de grupo socio-económicos altos mientras que esta tendencia no se manifiesta en la clase media baja (42).

Otro aspecto importante en relación al desnutrido es el siguiente: la baja ingesta en proteínas y calorías no conduce a la muerte sino a un estado de adaptación a una ingesta pobre. En esta adaptación biológica, la mayoría de las funciones metabólicas están alteradas y los mecanismos de control que le permiten mantener la vida están alterados (43).

El éxito biológico del desnutrido estaría en la homeostasis metabólica y no en una adaptación total a una ingesta baja de calorías. Esto quiere decir que él se mantendrá vivo mientras su medio ambiente no cambie, debido, a que no tiene optimizadas sus funciones reguladoras y, por lo tanto, su capacidad para adaptarse a nuevos cambios del medio está disminuida. El desnutrido no tiene homeostasis verdadera, sino que experimenta una adaptación total al medio. No sabríamos decir qué costos tiene para la genética y para las generaciones futuras (30).

De todas formas, los efectos biológicos de la deficiencia en el consumo de alimentos, y el cambio en la estructura de la dieta, con una disminución del consumo de ciertos alimentos ricos en determinados nutrientes, no se manifiestan a corto plazo de una manera ostensible, sino que sigue un proceso que puede durar meses y que comienza con la baja de las reservas de nutrientes en el organismo, hasta alcanzar, a mediano plazo, formas de malnutrición de diferentes grados de gravedad (21).

A nivel individual en casi todos los casos de desnutrición, la causa final es simple: una ingesta de alimentos que es inferior a las necesidades del individuo (37).

A la desnutrición se le puede considerar como un síntoma de un aspecto más amplio de deficiencias de nutrientes la cual actúa en parte como causa y a la vez como efecto (44). Es así como la desnutrición influye en todos los esfuerzos para fomentar el desarrollo nacional y a su vez es influida por ellos. Lo dicho se basa en el nuevo concepto de "capital" que se ha extendido para incluir la fuerza laboral de un país. El desarrollo de esta nueva teoría se debe al descubrimiento de que los aumentos en la producción total a nivel nacional, para que sean significativos, deben ir acompañados de aumentos en la tierra, horas de trabajo por persona y capacidad física de la fuerza laboral (45).

Se puede considerar que el tratamiento de enfermedades asociadas al problema de subalimentación crónica y de desnutrición, representa un gasto permanente para el país. En un país como Venezuela con un crecimiento poblacional alto, los grupos nutricionales vulnerables representan un porcentaje alto de la población, y ejercen, por su magnitud, una gran demanda sobre los servicios de salud. Es así como se puede afirmar que los efectos combinados de la desnutrición y de la subalimentación crónica atrasan el desarrollo socioeconómico del país (22).

A nivel nacional la causa de la desnutrición está seguramente vinculada con la organización de la sociedad en general y de su sistema agrícola (37).

CAPÍTULO II

SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL A PARTIR DE LA DÉCADA DE LOS 80.

Disponibilidad de Alimentos

La oferta de alimentos se genera en el sector agropecuario. Por eso es necesario analizar las condiciones que afectan el comportamiento de este sector, su organización y sus relaciones con los demás sectores económicos para tener un concepto global de la producción de alimentos (34). En Venezuela, como en la mayoría de los países de América Latina, la situación económica y la calidad de vida de la población y por tanto la seguridad alimentaria y la situación nutricional, han mostrado signos de deterioro durante la década de los 80. La puesta en marcha del paquete macroeconómico y los ajustes consiguientes, han impactado críticamente a los diversos estratos de la población. El impacto, a veces negativo, se hace sentir más intensamente a medida que se desciende en el estrato socioeconómico (34).

Al analizar la evolución de la disponibilidad de alimentos en los últimos años, así como su estructura actual, cabe destacar que once de los doce grupos de alimentos contemplados en las hojas de balance de alimentos presentan disminución en cuanto su disponibilidad, lo cual se traduce en una caída en los niveles de disponibilidad de energía y nutrientes. La cobertura de las necesidades nutricionales decrece sustancialmente en la última década, llegando a los niveles más bajos en 1989 (Ver Cuadro N° 6) (34).

CUADRO No 6
Adecuación nutricional de las disponibilidades de alimentos* 1980- 1990 (Porcentajes)

Concepto	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Energía	104	107	100	102	107	103	94	101	107	85	89
Proteínas	138	150	142	138	143	139	124	133	143	110	117
Vit. A	94	100	95	90	89	87	79	81	85	72	79
Vit. C	233	235	225	220	204	194	195	200	202	193	203
Tiamina	107	116	106	106	108	105	95	102	109	84	89
Riboflav.	94	107	100	95	98	94	83	88	94	68	73
Niacina	97	102	102	98	103	97	90	96	100	81	88
Hierro	82	87	81	81	81	78	72	77	80	65	70
Calcio	109	128	120	107	113	104	94	103	114	85	83

Fuente: INN - Fundación Polar. Hojas de Balance de Alimentos. 1980 - 1990.

* Tanto Disponibilidad como Requerimientos considerados a nivel de venta al detal.

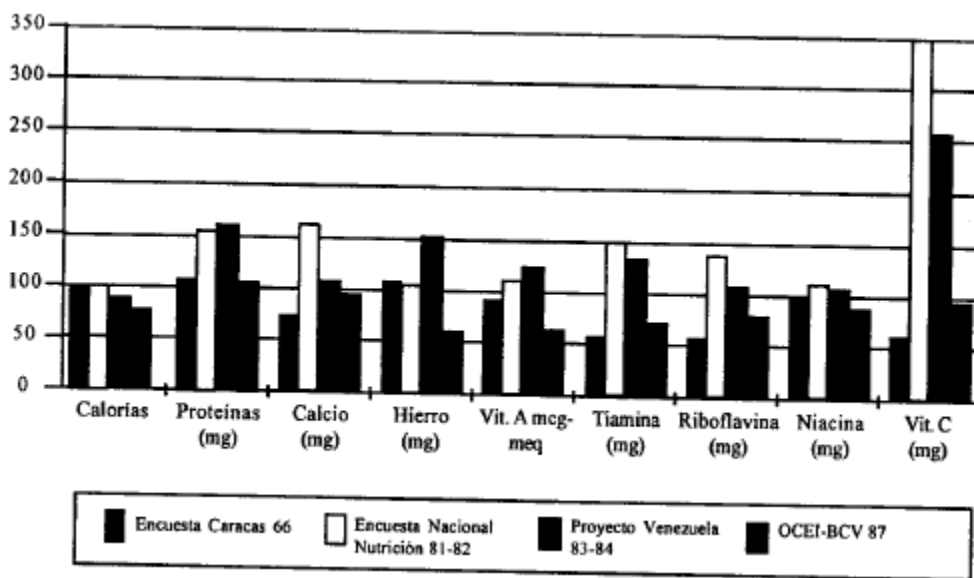
A partir de 1989 se reduce la producción nacional de alimentos y en especial de productos estratégicos en la dieta venezolana como son maíz, arroz, oleaginosas, carne de res y de aves, y leche. Los precios de las doce principales fuentes de energía y nutrientes de la dieta, aumentan de cinco a trece veces entre 1981 y 1990. Durante este período el salario mínimo apenas se duplica (34).

Esta tendencia decreciente en la disponibilidad de los alimentos se refleja en el consumo real. Analizando este comportamiento los años 1981 y 1987, se observa que decrece el volumen total del consumo específicamente en tres regiones del país, en la capital, los Andes y Centro Occidental. Según datos del Proyecto Venezuela, en 1983-84 comienza a decrecer en el Area Metropolitana de Caracas el consumo de los 10 grupos de alimentos contemplados en la encuesta nacional de nutrición de 1981-82. En 1987 dicho consumo alcanza niveles iguales o por debajo de lo registrado en el estudio de Caracas de 1966 (Ver Gráfico N° 10). Es decir, que en la década de los 80, el deterioro en términos de la disponibilidad de alimentos, consumo y el estado nutricional, fue evidente en Venezuela (34).

Estructura económica del sector agrícola

La estructura económica agrícola es básicamente de carácter capitalista, comúnmente denominada "agricultura empresarial", y opera como modo dominante de producción en el país. La agricultura campesina está caracterizada por permanecer dentro de la economía de subsistencia. El campesino constituye el 80,6% de la población rural y es generalmente peón de hacienda ganadera o agrícola; o propietario de tierras menores de 3 hectáreas (46).

GRAFICO No. 10
Tendencia en la adecuación del consumo de energía y nutrientes
Area Metropolitana de Caracas
1966, 1981-82. 1983-84 y 1987



Fuente: Dehollaín, P. Un análisis cuali-cuantitativo del consumo de alimentos en Venezuela. Versión preliminar 1989 (mimeo).

Esta situación es poco apta para el desarrollo armónico del sector, pues origina profundas desigualdades, ya sea en el acceso a los recursos productivos y a la distribución de los ingresos creados en el agro, y en la organización para la participación social en general. (46).

Un diagnóstico de la situación agrícola venezolana arroja las siguientes conclusiones (47).

Los sectores empresariales controlan:

Las tierras de mejor calidad, el financiamiento proveniente de la banca privada y parte del otorgado por los institutos del estado, los cultivos más rentables, el proceso de acumulación de capital, especialmente por parte de los estratos más poderosos, el mercado y sus mecanismos, la tecnología y la capacidad administrativa, el poder de presión y de decisión en la política agrícola (47).

FUNDAFUTURO (1989), ha considerado descensos en la producción agrícola nacional que pueden oscilar en promedio, entre un 15% (escenarios pesimistas-prudentes) y un 30% (escenarios pesimistas), disminuciones que llevan a resultados preocupantes en términos de importaciones y requerimientos de divisas para las mismas. Contracciones mayores de la producción tendrán como consecuencia el abandono masivo de la actividad por parte de los productores, el deterioro importante de bienhechurías e infraestructuras de las fincas, la alteración drástica del servicio financiero, la pérdida de mercados, la desorganización y suspensión prolongada del suministro de insumos (15).

El descenso en la producción agropecuaria del año 1989, se fundamenta en un retraso, difícilmente recuperable, de las labores de pre-siembra de los principales cultivos de ciclo anual, contratado a nivel de zonas productoras, y signado por duda o pesimismo sobre las perspectivas de rentabilidad de cada rubro en el presente año. Inciden también sobre la producción agropecuaria en forma negativa, el entramamiento financiero y la elevación general de costos, con una alta dependencia externa del sector agrícola en materia de insumos y equipamiento, agravado por interrupciones o fallas en los flujos de suministros al sector (15).

En virtud del severo descenso experimentado por el sector durante el año 1989, con todas sus implicaciones y encadenamientos hacia otros sectores de la economía, las perspectivas de una recuperación del orden del 10% no es suficiente para evitar un nuevo incremento en el nivel de importaciones agroalimentarias del año 1990. En el ámbito social, uno de los efectos más significativos de la contracción de la producción, es la disminución de setenta mil (70.000) empleos, solamente es el subsector agrícola vegetal (15).

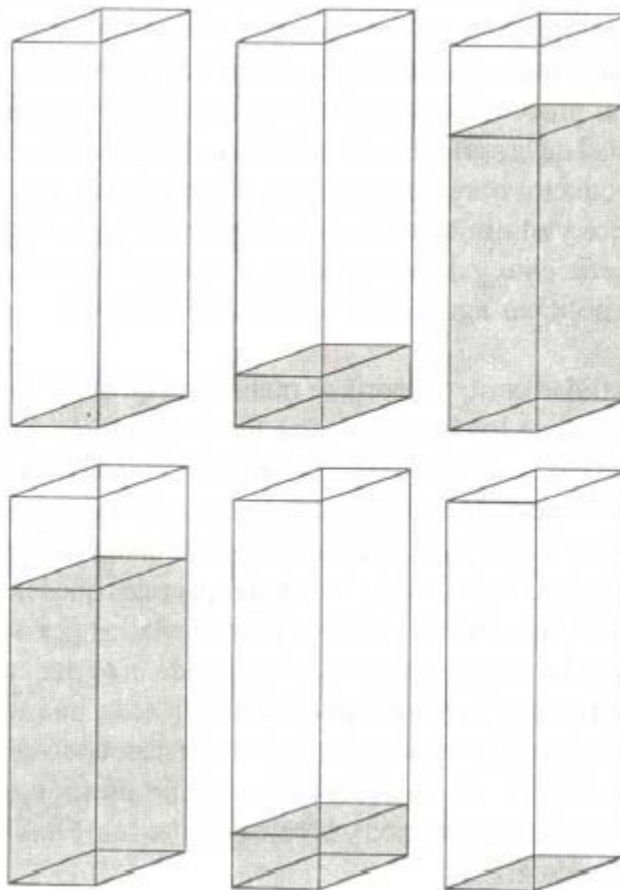
Por otra parte, se encuentra que la economía no dominante se caracteriza por poseer tierras de tamaño inadecuado y calidad inferior, no tener acceso al financiamiento privado institucional y recibir un monto financiero relativamente bajo, otorgado por el Instituto de Crédito Agrícola, dedicarse a cultivos económicamente menos rentables, debido al rígido sistema de precios, no tener acceso al proceso de acumulación de capital como consecuencia, de la baja rentabilidad de la agricultura campesina, dificultad en el manejo del mercado de los productos obtenidos, no tener posibilidad de adaptarse a los patrones tecnológicos y administrativos más convenientes, poseer una organización económica ineficiente y de poca presión y una participación casi nula en las decisiones de políticas agrícola (Ver Gráfico N° 11) (48).

Esta realidad contradictoria se manifiesta en una diferencia acentuada en la distribución de los ingresos entre los dos sectores, lo que estimula las migraciones masivas de campesinos hacia las ciudades. La Reforma Agraria implantada en Venezuela en 1960 ha fracasado por la situación anteriormente planteada. Según el Instituto Agrario Nacional, para el año 1972, casi 70.000

familias campesinas habían abandonado las parcelas que les fueron otorgadas (48). Para 1989, uno de los sectores más afectados por la crisis y por las políticas adoptadas en estos últimos años ha sido el agrícola. La transición de una agricultura protegida y escasamente planificada a una agricultura competitiva ha sido demasiado brusca y ha dado como resultado una disminución de la producción agrícola. Junto a esta crisis en la producción, se agravó la capacidad adquisitiva de la población y la caída del consumo ha sido aún más grave que la crisis agrícola. (21).

Parte de los problemas que están afectando a la agricultura y consumo en Venezuela, se debe a los excedentes de alimentos que abruma hoy a los Estados Unidos de Norteamérica y a la Comunidad Europea. Es la tragedia de la abundancia como dijo Easterbrook recientemente. Los excedentes en la Comunidad Europea en 1988 superaron el 25% de la demanda de la población, lo cual explica la lucha comercial entre ésta y los EE.UU. esto viene repercutiendo en las directrices del Fondo Monetario Internacional, que se inclinan hacia la apertura sin límites de la competencia, así como a las fronteras comerciales abiertas. Estos factores inciden en la retrasada agricultura venezolana, de escasa productividad por causas tanto climáticas como estructurales (21).

GRÁFICO N.º 11



FUENTE: MICHEO, A. "La Agricultura y el Campesino".

Esta situación se agrava al estar la situación agropecuaria venezolana enmarcada dentro del desarrollo capitalista, el elemento dominante es el abastecimiento de materias primas para las agroindustrias (21).

Esto implica que la agroindustria tiene un elevado porcentaje de ganancias sobre el valor final de los bienes procesados sin que el mismo se reinvierta. Esto en parte, es causado por políticas estatales proteccionistas que imponen los precios de la materia prima fomentistas y la política de sustitución de importaciones contribuyen desde el año 1960, a la disminución de las importaciones de los productos agropecuarios que se ubican en un 15% en 1970 (47).

Por otra parte, en la década 80-90 hay una disminución de las importaciones por debajo del 15% debido a la inexistencia de una política de alimentación y nutrición, es lógico esperar que los productores se orienten hacia cultivos más rentables, aún cuando tales cultivos no sean nutricionalmente de primera necesidad (21).

Todo lo señalado anteriormente influye negativamente en la disponibilidad de productos básicos y amenaza el abastecimiento de alimentos de primera necesidad, que actualmente se mantiene por cuantiosas importaciones las que, en los últimos años, han provocado un grave drenaje de divisas (26).

Procesamiento y distribución

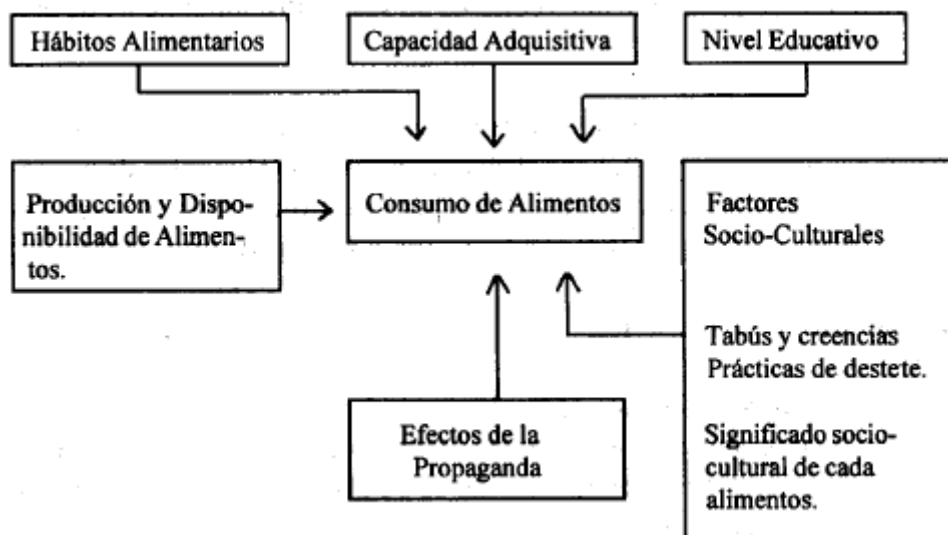
El mercado de productos agrícolas a través de una serie de mecanismos de presión impone precios a nivel de productores y consumidores, razón por la cual el agricultor menos favorecido se ve obligado a desprenderse de sus productos a precios muy bajos, por miedo a perder su cosecha y el consumidor se ve obligado a pagar excesivamente por los bienes adquiridos. Las "roscas" en este sector, a menudo ocasionan crisis artificiales de abastecimiento por acaparamiento de los productos, ocasionando el encarecimiento de los mismos. La industria de alimentos como cualquier otra industria busca un alto margen de ganancia ofreciendo productos de un alto grado de satisfacción a un mercado capaz de pagar precios elevados, influyendo esto en los precios, los cuales son inalcanzables para las clases sociales de menor poder adquisitivo. En Venezuela los subsidios a las industrias son exageradamente altos y tienden a favorecer más a las clases socioeconómicas de mayor ingreso que a la masa de gente cuyo consumo alimenticio a menudo no llena sus necesidades nutricionales. (48).

Es así que la disponibilidad de alimentos no depende exclusivamente de la producción, sino también de la estructura industrial y del mercado, los que ejercen influencia importante. Aún cuando el sector agrícola responda con aumentos en la producción y el gobierno con incentivos políticos, la estructura del mercado de los alimentos puede impedir el desarrollo del sector agrícola de acuerdo a nuestras necesidades nutricionales (26).

Consumo de alimentos

En forma resumida, el gráfico N° 12 nos muestra los diferentes factores que condicionan el consumo de los alimentos.

GRÁFICO N° 12



Existe una relación funcional entre el poder adquisitivo, consumo de alimentos y estado nutricional de la población (49).

En Venezuela, datos sobre disponibilidad de alimentos, consignados en las hojas de balance para la década 80-90, demuestran que como resultado de la merma en la producción y en la importación, una disminución de la disponibilidad de alimentos en todos los reglones, con excepción de los pescados y mariscos. Esta reducción ha sido mayor en la disponibilidad de la leche y derivados, huevos, azúcar y leguminosas. En consecuencia, ha disminuido la oferta de energía y nutrientes, lo cual ha llevado a la situación que actualmente existe en el país con una oferta energética por debajo de los requerimientos y la oferta proteínica en descenso. Además, según informe CAVIDEA existe una disminución del volumen de ventas en casi todos los productos alimenticios (21).

En los datos de los últimos 5 años publicados (1987-1991) se evidencia una disminución de las calorías disponibles, así como del calcio, vitamina A, tiamina, hierro y riboflavina. Con la injusta distribución del ingreso existente, esta oferta cada vez más insuficiente será captada por los que tienen mayor capacidad de compra, trasladando su efecto negativo a la población de menores recursos. El aumento de la brecha energética, de vitamina A, riboflavina, hierro y niacina, y la reaparición de brechas ya superadas de calcio, tiamina y vitamina C, además de disminución importante en el consumo de proteínas, indica tanto la caída en el volumen del consumo como una reestructuración de la dieta. Efectivamente se incrementa el consumo de productos densos en energía que proveen saciedad, pero que resultan bajos en otros nutrientes. Por lo que el consumo energético sigue siendo bajo y además aumenta la proporción de calorías provenientes de grasas (17).

También en el consumo de alimentos se hallaron deficiencias en la calidad y cantidad de la dieta, caracterizadas por un déficit calórico de hasta un 30% en los estratos bajos en algunas, déficit de vitamina A, calcio y malos hábitos alimentarios, entre los cuales destacan el abandono temprano de la lactancia materna (27).

La subalimentación ocasionada por el déficit en el consumo de alimentos, se relacionan directamente con el alto costo de los alimentos, ya que si las familias de los estratos populares consumieran la dieta adecuada no podrían cubrir con sus ingresos el resto de las necesidades básicas. La subalimentación crónica altera los mecanismos inmunológicos necesarios para la defensa contra las enfermedades y aumenta así la morbilidad y la mortalidad infantil en especial en aquellas enfermedades en que la desnutrición es un factor agravante tales como las diarreas y enteritis, el sarampión y las enfermedades respiratorias. La desnutrición crónica condiciona negativamente el crecimiento y desarrollo normal del niño, los que mal nutridos no alcanzan a cumplir su patrón genético de crecimiento (20).

En los grupos de ingresos más bajos, la cantidad y calidad de la dieta dependen directamente de los ingresos y del tamaño de la familia. Una estimación rápida nos muestra que para 1990 una familia no podía llenar los requerimientos básicos con ingresos menores de Bs. 9.000 mensuales. Estas constituyen el 48,7% de la población. Es más, el rápido crecimiento urbano crea demandas que hacen subir los precios y conducen a la inflación (2).

El consumo promedio de alimentos, en algunas comunidades pobres de Caracas disminuye, como se evidencia en los datos de la serie analizada entre 1983-1989. El consumo de leche y derivados se reduce en un 68%, la carne y los huevos en un 45% y las leguminosas en un 50%. Esto se acompaña de un aumento discreto del consumo de cereales, el cual no es suficiente para compensar el déficit calórico, ya que el déficit calórico crónico del venezolano ubicado en los estratos más pobres se acentúa en esta década. Del grupo de los cereales, la harina de maíz precocida continua siendo la de mayor consumo (21).

Este incremento en el costo de los alimentos acompañado de otros factores, han incidido inevitablemente en el proceso nutricional del pueblo venezolano, especialmente en los grupos de menores recursos económicos que, por esta razón, se ve obligado a adquirir los alimentos en forma fraccionaria, tanto en moneda como en calidad, lo que encarece más aún el producto (21). Lo dicho anteriormente nos demuestra que la subalimentación es un mecanismo macrosocial a través del cual las desigualdades sociales y económicas se reflejan en injusticias en la distribución de nutrientes (50).

Por último, el consumo promedio persona / día de energía y nutrientes también se ha deteriorado gradualmente, especialmente en los grupos más pobres. En el segundo semestre de 1990 los estratos IV y V consumían 134 y 494 calorías menos que las consumidas por la clase media baja, lo que significa un consumo calórico menos en 6 y 22% respectivamente. Para el mismo período, el consumo per cápita de hierro presentado por estos grupos en comparación con la clase media baja, fue de 13 y 10 mgs, una adecuación de 14 y 36%, menos (2).

Factores socioculturales que inciden en el consumo

Los hábitos alimentarios son determinantes por las creencias, costumbres y prácticas vigentes en las familias integrantes de una comunidad con relación a la disponibilidad y consumo de alimentos ingeridos y su aprovechamiento biológico (51).

No hay dudas de que los patrones socioculturales juegan un papel crítico en la determinación de los hábitos alimentarios de una población. En Venezuela como en muchas partes del mundo, son escasos y fragmentarios los estudios de base que recopilan en forma sistemática datos sobre la situación alimenticia desde el punto de vista sociocultural (51).

Los alimentos tradicionalmente consumidos han sido elegidos y transmitidos de generación a generación dan una sensación de seguridad y responden a una pauta alimentaria establecida que, por lo general, ha demostrado ser apta para la supervivencia (52).

En países con flujos migratorios internos muy extendidos, como es el caso de Venezuela, la población rural que se sienta en zonas marginales urbanas, con frecuencia, encuentra con que no es posible conseguir todos los alimentos tradicionales, o que éstos son muy costosos. Este hecho podría obligarlos a renunciar a sus hábitos, trayendo consigo un sentimiento de "privación y de inseguridad". Este seminario los conduce adoptar con facilidad la pautas de alimentación urbanas, que muchas veces están basadas en la comodidad. La falta de conocimiento y a menudo de dinero para seleccionar, comprar y preparar adecuadamente los alimentos a su alcance, resulta en prejuicios nutricionales para las familias emigrantes. Es así que familias que vienen de regiones donde el cereal es un producto básico suelen sustituirlo en las ciudades por tubérculos, féculas y caraoas, produciendo el valor nutritivo de la ración alimentaria. (53).

La influencia de la propaganda de la industria de alimentos de consumo

En los últimos 25 años, un factor (cuyo efecto se aprecia cada vez mayor) determinante de las prácticas en la alimentación de los niños, ha sido la transferencia de tecnología en la industria alimentaria a los países menos desarrollados. Las ventajas de los productos de esta industria tales como la comodidad en la preparación de los alimentos, el atractivo de su presentación, la disminución de su carácter perecedero y la facilidad de transporte son muy importantes, especialmente en los países tropicales. Sin embargo, aún cuando la industrialización permite ofrecer alimentos a un precio menor que el de los productos frescos, en la mayoría de los casos el costo aumenta en forma considerable sin que aumente su valor nutritivo (54). Es más, la competencia entre diferentes industrias llevan a la elaboración de alimentos de fantasía, productos de lujo que, por la propaganda que generalmente los acompaña, suelen resultar tentadores aún para familias de muy escasos recursos económicos. Por otra razón, existe el peligro de que muchas familias de recursos limitados destinen una cantidad excesiva de dinero para adquirir estos alimentos, en deterioro de la cantidad y calidad de la alimentación básica necesaria, originándose lo que algunos autores llaman malnutrición comercio génica. (54).

En el campo de la alimentación infantil, la situación es aún peor. Entidades comerciales de fama mundial han exportado alimentos para consumo infantil de diferentes clases, que, en países menos desarrollados, pueden tener efectos más negativos que positivos, por la gran diferencia que existe en el nivel económico, de educación y de saneamiento de las poblaciones (55). De estos alimentos vale la pena destacar los siguientes grupos: a) las leches maternizadas o productos a base de leche descremada, mezclas de vegetales, aceites, vitaminas, etc., pero de muy alto costo. En Venezuela la relación de los precios de venta entre la leche en polvo completa y las leches especiales de uso infantil es aproximadamente de 1 a 3. El peligro que representan estos productos en comunidades de bajo poder adquisitivo es muy aparente, ya que, como se ha demostrado en otros países, un trabajador de las clase baja tendría que destacar la tercera parte de sus ingresos para su adecuada utilización en la alimentación de un niño. Por otra parte, la probabilidad de suministrar dichos alimentos en condiciones higiénicas cuando la madre cuenta con sólo un tetero, sin posibilidades de un adecuado almacenamiento, ni agua potable, es casi nulo (56); es más, el nivel educativo de las madres generalmente impide su correcta preparación y, por lo tanto, estos mismos alimentos pueden constituir vehículos para infecciones parasitarias o intestinales que empeoran el estado nutricional del niño.

b) También existen en el mercado un número apreciable de compotas y cereales diseñados para complementar una alimentación a base de leche. Estos productos en manos de madres mal informadas en materia de alimentación infantil y de recursos limitados, se usan a veces como sustitutos de la leche y otros alimentos naturales de mayor valor nutritivo y de menor costo, con consecuencias francamente desfavorables para el niño. c) Por último, existe una gama de alimentos a los cuales se atribuyen poderes alimenticios que no tienen nada que ver con su valor real nutricional, como es el caso del azúcar (54).

Los métodos de promoción utilizados para el mercadeo y venta de estos productos, en general basados en el símbolo de status que representa y la conveniencia de uso correlacionada con una vida moderna, suelen trastornar sanas costumbres alimentarias tradicionales, especialmente de familias migrantes en las áreas urbanas del país. Por lo tanto, surge cada vez más la necesidad de actuar rápidamente y tomar las medidas necesarias de orientación y de control para que la industria alimentaria, un gran potencial que puede contribuir a mejorar el estado nutricional de la población, se pueda convertir en un factor de gran beneficio para los países en desarrollo (26).

Aprovechamiento biológico de los alimentos

El aprovechamiento biológico de los alimentos va a depender de características fisiológicas como son; edad, sexo, estados fisiológicos como embarazo, lactancia, crecimiento y desarrollo y tipo de actividad que determinarán los requerimientos diarios de nutrientes. Un niño en edad de crecimiento necesitará un porcentaje mayor de proteínas que un adulto que ha dejado de crecer. El embarazo y la lactancia son también estado fisiológicos que incrementan las necesidades nutricionales. Por este motivo, los niños, las embarazadas y las madres en lactancia son los grupos más vulnerables de la población, ya que necesitan una mayor atención para mantener su estado nutricional adecuado. (57).

Por otro lado, las condiciones higiénicas del medio y el estado nutricional previo van a influir en el aprovechamiento de los nutrientes consumidos (57).

Siendo el intestino delgado el sitio de la digestión y absorción de los nutrientes, cualquier alteración en él produce alteraciones nutricionales. También sabemos que un estado nutricional precario influye en la propensión de infecciones bacterianas, como también en la duración y en las consecuencias de la misma (57). Esto constituye un problema, porque los desnutridos viven en ambientes insalubres que los predisponen, por estar más expuestos, a las infecciones, lo que a su vez implica el desmejoramiento del estado nutricional por una deficiencia en la absorción de los nutrientes (58). Las infecciones parasitarias en el intestino son comunes en pacientes desnutridos y están acompañadas por alteraciones en el intestino, como trastornos enzimáticos responsables de la absorción de nutrientes específicos, que dificultan la recuperación del paciente, tanto en la enfermedad como de la desnutrición que padecen (59). En Venezuela, las condiciones precarias ambientales de la mayoría de la población contribuyen a mantener la existencia del problema nutricional. (59).

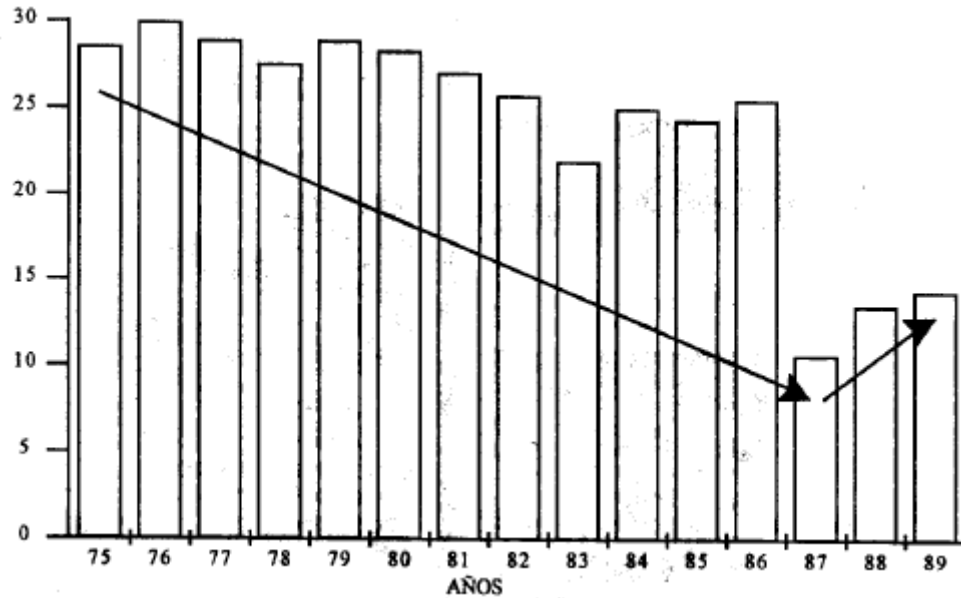
El descenso en el ingreso real de la mayoría de la población, aunado a incrementos en el desempleo y subempleo, aumenta la proporción de la población cuyos recursos no le alcanzan para invertirlos en salud y saneamiento. (59).

El incremento en el costo de la vida, mucho más pronunciado en los alimentos, afecta los costos de salud y suministros de servicios como agua, electricidad, útiles de aseo y precio de medicamentos, entre otros (59).

Adicionalmente la estructura inadecuada de la dieta y su consecuente incremento en brechas nutricionales disminuye el valor biológico de la alimentación. Las infecciones gastrointestinales interfieren en el aprovechamiento nutricional de los alimentos. Desde 1987 se observa una ascendente tendencia en la morbilidad por gastroenteritis en menores de dos años (Gráfico N° 13). (34).

GRÁFICO N° 13

Morbilidad por gastroenteritis en niños menores de 2 años de edad Venezuela 1975 – 1989



Fuente: Congreso venezolano de Salud Pública. Tomo I Pag. 364 – 1986. M.S.A.S. DIV Enfermedades Transmisibles Dpto. de Vig. Epidemiología 1990.

NUTRICION ¿POR QUE?



PRODUCCION AGRICOLA
DESARROLLO RURAL



FORMACION
DE RECURSOS
HUMANOS



VIGILANCIA



LUCHA CONTRA
LA POBREZA



TECNOLOGIA
INVESTIGACIONES

NUTRICION ¿POR QUE?

POR QUE TODO ES NECESARIO
EN LAS SOLUCIONES



EDUCACION NUTRICIONAL
SEGURIDAD ALIMENTARIA



ENCUESTAS
PRECIOS-SALARIOS

LACTANCIA
MATERNA



ALIMENTACION SUPLEMENTARIA

¡COORDINACION!

CONCLUSIONES

La desnutrición representa la causa más importante de mortalidad, en los países del Tercer Mundo. La F.A.O. (1993), hace referencia que unos 15 millones de niños menores de 15 años en dichos países, sufren desnutrición como consecuencia del déficit proteico-calórico adecuado. En Venezuela, de acuerdo a los datos suministrados por el I.N.N (1994), señalan que de 7.600.000 niños menores de 15 años, el 38% aproximadamente padecen desnutrición en el país. Por otra parte, Fundacredesa (1992), señala que ha habido un aumento constante y progresivo de la pobreza, donde sólo el 20.92% de las familias se ubicaban en los estratos altos y medios, mientras que el 79.08% se encontraban en los estratos bajos; donde se presentan una serie de factores negativos como son las precarias condiciones de la viviendas, malos hábitos de vida, limitaciones económicas y servicios de salud deficientes que contribuyen a mantener las altas prevalencias de desnutrición en dichos estratos, como hace referencia Landaeta (1989).

A nivel nacional, en más de la mitad de la población se evidenció el descenso brusco en los salarios reales cada vez más insuficiente para llenar las necesidades básicas de disponibilidad y consumo de alimentos, salud, vivienda, educación que favorecen el desmejoramiento progresivo del estado nutricional del país, como hace referencia Papaterra (1994).

La tendencia hacia un mejoramiento del estado nutricional de la infancia venezolana, en algunos casos se ha desacelerado y en otros se ha detenido. En cuanto a la desnutrición crónica se observa una tendencia ascendente desde el año 1990. El estudio de la prevalencia de la desnutrición en cuanto a los centros de recuperación nutricional (1987-1989), revela que la problemática nutricional de la población cubierta por estos servicios, se ha agravado. Está ingresando un mayor número de niños a los centros asistenciales del país con desnutrición, como hace referencia la Fundación Cavendes (1989).

Los factores sociales que influyen en la ocurrencia de la desnutrición están relacionados con el ingreso, el nivel cultural de las madres, las condiciones higiénicas de la vivienda y con la alimentación y la salud. Se ha encontrado que jerárquicamente en el proceso de la desnutrición interactúan las infecciones repetidas y el consumo insuficiente de alimentos en los niños de los estratos bajos de la población venezolana, como lo señala Fundacredesa (1989).

A su vez, Fundacredesa (1994), refiere que las deficiencias en ambiente, vivienda, salud, educación, nutrición, y cultura que tienen las familias en situación de pobreza crítica condicionan los pocos estímulos psicosociales y el bajo rendimiento escolar que muestran los niños en las pruebas de inteligencia, que influyen en la baja capacidad de aprendizaje y en el crecimiento y desarrollo futuro de los venezolanos.

RECOMENDACIONES

Las medidas para mejorar la situación que al respecto afectan a grandes masas de población, deben concebirse como parte integrante de todo plan nacional de desarrollo. Dehollain recomienda que: Cualquier acción tendiente a resolver los problemas alimentarios del país necesita de un mejor conocimiento del potencial productivo de alimentos en Venezuela, el cual es indispensable para asegurar un abastecimiento adecuado en base a necesidades nutricionales de los diferentes estratos socio-económicos de la población. Dicho conocimiento implica el estudio de los factores limitantes del aprovechamiento del potencial productivo de la agricultura venezolana, tanto en el orden tecnológico e institucional como en el económico y social.

Se reconoce que la solución del problema alimenticio no podrá descansar sólo en el incremento de la producción agrícola, sino que paralelamente se deben resolver los problemas relacionados con la superación de la pobreza y el subdesarrollo. Esto implica, en primer lugar, ver en conjunto el problema, es decir en su totalidad, con sus caracteres reales, causas, consecuencias, proyecciones e implicaciones; segundo, considerar la alimentación y la nutrición como objetivos explícitos y deliberados del desarrollo, por corresponder a necesidades básicas comunes a todos los miembros de la sociedad; tercero, redefinir, en consecuencia, las prioridades y las orientaciones políticas globales y sectoriales del país y hacerlas efectivas a través de un conjunto multisectorial de programas y proyectos, respaldados con la debida asignación de recursos y la movilización coordinada de instituciones e instrumentos del gobierno.

Dentro de una perspectiva nacional, para que la población del país tenga un bienestar alimentario y un adecuado estado nutricional, es necesario.

a) Disponer de alimentos suficientes en cantidad, calidad y composición para atender las necesidades nutricionales de toda la población.

b) Asegurar que los alimentos estén físicamente accesibles al consumidor y en condiciones adecuadas para compra final. Para esto se necesita la existencia de un sistema de mercadeo que movilice los alimentos desde el productor, hasta el consumidor. Incluye, también todo lo que involucra la tecnología alimentaria para que la materia prima se transforme, se conserve, se acondicione y se sitúe en el lugar y en la forma que el consumidor la necesite.

c) La población, en función de la cual se ha movilizado la producción, el mercadeo y la agroindustria, debe poseer ante todo capacidad de compra para adquirir los alimentos necesarios. Las condiciones culturales y educativas determinan la selección, adquisición, preparación y distribución intra familiar de los alimentos.

d) Es indispensable que la población esté en condiciones adecuadas de salud, para que pueda aprovechar* biológicamente los alimentos ingeridos. Deben existir buenas condiciones de salubridad e higiene, campañas de vacunación y atención médica apropiada para así prevenir la ocurrencia de enfermedades que afecten las condiciones normales de utilización de los nutrientes.

Bengoa, en los falsos dilemas de las políticas de alimentación y nutrición en Venezuela, (Conferencia pronunciada en la Institución para el Desarrollo de Economías Abiertas (IDEA), Maracaibo, 1991.) hace una serie de recomendaciones, como son: Los programas sociales deben tener como condición rectora el desarrollo de acciones educativas integrales, dirigidas a las familias en situación de pobreza relativa y pobreza crítica. También sugiere que el objetivo fundamental debe ser impulsar cambios en lo biológico, en lo económico, en lo social y en lo cultural. Para esto considera que es necesario el requerimiento de metodologías que promuevan la participación de las familias y, en general, de las comunidades, para desarrollar un alto nivel de conciencia colectiva, en relación al hecho de que la solución de los problemas sociales requiere, en alto grado, la puesta en marcha del esfuerzo individual y colectivo.

En resumen, debería lograrse armonizar en la agroindustria los aspectos económicos con los aspectos nutricionales, en una política coherente de mejoramiento de la nutrición de la población. En la Revista Nutrición base del desarrollo se hacen una serie de comentarios acerca de las necesidades nutricionales del hombre, las cuales consideran que dependen básicamente de factores de índole biológico, como son el estado fisiológico y la actividad física entre otros, recomendando así que es indispensable perfilar la evolución en la situación de alimentación, nutrición y salud de la población por varias razones. En primer lugar, los márgenes de seguridad

que se establecen para los diferentes nutrientes, deben considerar las posibilidades reales actuales y en el futuro de satisfacer dichas recomendaciones por parte de la gran mayoría de la población. En segundo lugar, el diagnóstico de la situación contribuye a trazar metas dentro del sistema alimentario y sus componentes, que aseguren el abastecimiento y acceso a los productos básicos, principales fuentes de energía y nutrientes en la dieta habitual. Finalmente, permite identificar los enfoques adecuados de información y educación en materia de alimentación y nutrición y su relación con la preservación de la salud, vital para el desarrollo biológico de los seres humanos y para el desarrollo socioeconómico de las sociedades de que son parte.

REFERENCIAS

1. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO, 1993). Día Mundial de la Alimentación. Naciones Unidas, Ginebra, Suiza.
2. Papaterra, España y Asfar Yuli Makoukji. (1994). 2das Jornadas Venezolanas de Medicina Tropical. "Dr. Juan G Halborhr". Problemas Nutricionales en América Latina. Realidad Alimentaria Nutricional Venezolana. Presente y evolución futura. Caracas, Venezuela.
3. Veil, Simón. (1975). "La Alimentación y la Nutrición". Vol. 1. N°4. P.18.
4. Béhar, Moisés. (S/F). La desnutrición una enfermedad social. La injusticia social causa desnutrición y perpetúa la pobreza.
5. Bengoa, José María (1991). Los falsos dilemas de las políticas de alimentación y nutrición en Venezuela. Rev. Anales Venezolanos de Nutrición. Editorial Fundación Cavendes Vol. 4. Caracas. Venezuela. Pp. 81-87.
6. Pantín, Eleazar. (1989). Situación Nutricional en Venezuela. Su impacto sobre el crecimiento. Editorial Fundación Cavendes. Rev. Anales Venezolanos de Nutrición. Vol. 2. P.
7. Fundación de un Centro de Estudios para el Crecimiento y Desarrollo de la Población Venezolana. (1989). Región Centro Occidental. Proyecto Venezuela. Caracas, Venezuela (en prensa). (FUNDACREDESA).
8. FUNDACREDESA- CORPO-ZULIA, Estado Zulia. Proyecto Venezuela. Caracas. Servicios Gráficos, 1985.
9. Pérez Shael I, Dehollain P. Pérez M et al. Impacto de las enfermedades diarreicas en el estado nutricional del niño. An Venez Nutr. 1988 1: 119-128.
10. Instituto Nacional de Nutrición (I.N.N. 1994). Uno de cada tres niños entre 2 y 14 años que acuden a los centros asistenciales ha sufrido desnutrición de algún tipo (en prensa).

11. Oficina Central de Estadística e Informática (O.C.E.I., 1990). XII Censo General de Población y Vivienda. Caracas, Venezuela.
12. Pantín, Eleazar (1992). Problemas Nutricios en las Areas Urbanas de Venezuela. Rev. Asociación Latinoamericana de Nutrición. Vol. 42, N° 4. Caracas, Venezuela. P. 37.
13. La Distribución del Ingreso en América Latina. Naciones Unidas. E. 71 II. G.2.1971.
14. Bengoa, José María. (1986). Evolución y Vigencia de los Indicadores Sociales para la Vigilancia Nutricional. (Mimeografiado). Jornadas de Vigilancia Nutricional. San José, Costa Rica.
15. Fundación para el Futuro (FUNDAFUTURO. 1989). Informes s o b r e la Situación de Abastecimiento Alimentario de Venezuela, 1989-1990. Documento E3. Caracas, Venezuela.
16. Banco Central de Venezuela. Anuario de Estadística de Precios y Mercado Laboral. Boletines Semanales, 1991-1992, Caracas, Venezuela.
17. Dehollain P y Pérez-Shael I. (1990). Venezuela Desnutrida hacia el 2.000. Ediciones Alfadil, Caracas, Venezuela.
18. Piña, I de Pérez, Sfeir, L y Espinoza, Z. (1977). Problemas actuales de la Alimentación, problemas nacionales. La Desnutrición en Venezuela. Universidad Simón Bolívar. Caracas, Venezuela.
19. Albornoz, B. (1977). Las Areas Marginales en Venezuela Ministerio de Obras Públicas. Caracas, Venezuela. P. 33.
20. FUNDACREDESA. (1992). El Hacinamiento, Prostitución y Promiscuidad, en las familias de los estratos sociales de bajos recursos económicos. Caracas, Venezuela.
21. Fundación Cavendes. (1989). Impacto de la Crisis señales de alerta Venezuela 1989. Informe Anual de actividades. Caracas, Venezuela.
22. Vethencourt, J.L. (1974). La estructura familiar atípica y el fracaso histórico cultural en Venezuela. Publicado en Revista SIC, N° 362, Caracas, Venezuela.
23. FUNDACREDESA. (1994). La desnutrición en las familias de los estratos sociales de bajos recursos. Caracas, Venezuela.
24. Hegsted, D.M. (1972). Desprivation Syndrome of protein Calorie Malnutrition. Nutrición Review. 30: 51-54.

25. Cravioto. Muñoz, J. (1976). Desnutrición y Desarrollo Mental. Presentado en las I Jornadas Internacionales a nivel Latinoamericano sobre Retardo Mental y III Jornadas de AVEPANE. Caracas, Venezuela, Nov. 8-13.
26. Paulina L Dehollain y Pérez Schael I. (1983). Venezuela Desnutrida. Editorial Equinoccio. Ediciones Alfadil S.A. Caracas, Venezuela. P. 40.
27. Landaeta Jiménez, Martiza, López Contreras, Mercedes y Méndez Castellano, Hernán. (1989). Estado Nutricional del niño venezolano por estrato social. Editorial Fundación Cavendes. Rev. Anales Venezolanos de Nutrición, Vol. 2, Caracas, Venezuela. Pp. 2224.
28. Bengoa, José María. (1994). La Desnutrición sigue agobiando al país. Quinto Simposio de Nutrición. Editorial Fundación Cavendes. Caracas, Venezuela. (en prensa).
29. Maritza Landaeta, Jiménez y López Contreras, Mercedes. (1989). Op. cit. Pp. 22-24.
30. La Nutrición ante la salud y la vida. (1991). IV Simposio. Fundación Cavendes. Caracas, Venezuela. Pp. 83-106.
31. López de Blanco M. Landaeta de Jiménez M y Méndez Castellanos H. (1990). Crecimiento y estado Nutricional de niños venezolanos urbanos y rurales. Rev. Anales Venezolanos de Nutrición. Vol. 3. Caracas. Venezuela. Pp. 35-40.
32. Nutrición ante la Crisis. (1987). III Simposio. Fundación Cavendes. Caracas, Venezuela. Pp. 235-286.
33. Bolívar, P. (1995). EL 12% de los Niños Venezolanos nacen Desnutridos. Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni. Caracas, Venezuela. (en prensa).
34. Nutrición base del desarrollo (1994). Situación Alimentaria y Nutricional. Necesidades de Energía y de Nutrientes de la Población Venezolana. Editorial texto C.A. Ediciones Cavendes. Caracas, Venezuela. Pp. 18-26.
35. Gopalan C. Stuntring. (1989). Significant implications for public health policy. Nutritions Foundation of India. Serie 4: 49-67.
36. Medina Colina, C. (1978). Consideraciones sobre la situación Nutricional en Venezuela. Dirección Técnica. Instituto Nacional de Nutrición. Caracas, Venezuela.
37. Sabelli, Martín. (1981). Epidemiología de la Desnutrición. Cuadernos Médicos Sociales, N° 15, Asociación Médica del Rosario. Buenos Aires, Argentina Pp. 39-42.
38. Canal, Nelly Susana. (1975). La estimulación es vital en bebés desnutridos. El Universal. Caracas, Venezuela. (en prensa).
39. Fitzhardine, D. M. and Steven, E.M. "the small for date infant Neurological and Intellectual Sequela". Pediatrics 50 (1): 50-57. 1972.

40. Cravioto, J. and Delicardie, E. R. (1970). "Mental performance in school age children. Finding After recovery from easily severe Malnutrition". Amer. J. Dis Child 120: 404-410.
41. Martorell, R. Habicht, J. P. Yarbrough, ch, lechting. A, Alein, R, E, and Western, K. A. "Acute Morbidity and physical Growth in Rural Guatemalan Children". Ame. Dis. Child 129:1296-1301.1975.
42. Limongi, I. Pereira de López, M. Tovar G. (1974). Análisis de los estudios retrospectivos de crecimiento y desarrollo en Venezuela". Centro. Internacional de la Infancia. Francia, París.
43. Viteri F y Arroyave, G. (1973). "Protein-Caloric Malnutrition". Cap 21 in Modern Nutrition in Health and Disease. Ed for Good hart R.S. and Shills. M. Fifth Edition. Lea and Febiger, Philadelphia, U.S.A.
44. Beaton, G.H. "Determinación de una política alimentaria y nutricional". Alim y Nutri. Vol I. N° 3,1975.
45. Becker, G-S. Human Capital. Columbia Univer. Press for National Burean of Economic Research. 1964.
46. Micheo, A. La Agricultura y el Campesino. Rev. SIC, XXXVIII, N° 377, Julio-Agosto. 1975.
47. Hernández, R. (1975). Producción, distribución, disponibilidad y consumo de alimentos para la población venezolana. Conferencia sobre Nutrición y Desarrollo. Escuela de Nutrición y Dietética. U.C.V.
48. Tercera Encuesta Industrial, CORDIPLAN, 1971.
49. Nutrición y Patrones de Disponibilidad Nacional de Alimentos. (1977). La Miseria en Venezuela, Vadell Hermanos. Valencia- Edo. Carabobo.
50. Chossudousky, M. (1977). La Miseria en Venezuela. Vadell Hermanos. Valencia, Edo. Carabobo.
51. Primer Congreso Nacional de Ciencias y Tecnología. (1975). Documento de Trabajo. Tomo VII. Sector Nutrición. Caracas, Venezuela.
52. Burguera, A y R. Dean. (1962). Malnutrición and Food Habits. Mc Millan, Nueva York, USA.
53. Dena, L.S. y Der Hertog, A.P. (1969). Urbanización and dietary charge in tropical Africa. Special paper N° 5. Jons. FAO/WHO/OAU. Regional Food and Nutrition Commission for Africa.

54. "Comerciogenic Malnutrition". (1972). Nuts. Rev. Septiembre Vol 30, N° 4.
55. Jaffe. W. (1976). La Industria Alimentaria en países en desarrollo y el problema nutricional. Bol of Sanit. Panam.
56. Jelleffe. D.B. y Jelleffe. E.F.P. (1970). Jou. Am. Diet. Ass. Vol. 57. P. 111.
57. Zamchek, Nand Broitman, S.A. (1973). "Nutrition in Disease of the Intestine". Cap. 28 en Modern Nutrition in Health and Disease. Editado por Goodhart, R.S. y Shils, M. Fifth Edition, Lea & Febiger, Philadelphia. U.S.A.
58. Alleyne, G.A.O., HAY, R.W. Picon, D.I. Stanfield, J.P. and whitehead R.G. (1977). Protein-energy malnutrition. Edward Arnold (Publishers) Ltd. London, England.
59. Licastro, R. (1972). Diferencias Secundarias de las Disacaridasas. Act Gastrointer. Latin American. 4: 91-92.